

Lisämaidon anto hoitajan päätöksentekona lapsivuodeosastolla

Hoitotyön koulutusohjelma,
kättilö
Opinnäytetyö 1. ja 2. vaihe
24.1.2007

Laura Helenius 0300484
Mari Pakola 0302811

| | | | |
|--|------------|------------------------|--|
| Koulutusohjelma | | Suuntautumisvaihtoehto | |
| Hoitotyö | | Kätilötyö | |
| Tekijä/Tekijät | | | |
| Helenius, Laura ja Pakola, Mari | | | |
| Työn nimi | | | |
| Lisämaidon anto hoitajan päätöksentekona lapsivuodeosastolla | | | |
| Työn laji | Aika | Sivumäärä | |
| Opinnäytetyö (1. ja 2. vaihe) | Kevät 2007 | 47 + 10 liitettä | |
| <p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Tämä opinnäytetyö on osa Näyttöön perustuva kätilötyö -hanketta, jonka tavoitteena on tuottaa opinnäytetöiden avulla tietoa HUS/Naistensairaalan hoitotyön kehittämisen tueksi. Opinnäytetyö liittyy Naistensairaalaan tehtyyn selvitykseen "Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen". Työn tarkoituksena oli selvittää hoitajien näkökulmasta vastasyntyneen ruokintaan liittyvää päätöksentekoa ja sen tavoitteena oli tunnistaa lisämaidon antoon liittyvät hoitotyön kehittämistarpeet. Tutkimusongelmina oli selvittää vastasyntyneen hoidon ja ruokinnan toteutumista synnytys sairaalassa sekä tekijöitä, jotka vaikuttavat lisämaidon antoon vastasyntyneelle ja täysimetyksellä kotiinlähtöön.</p> <p>Tutkimusaineisto on koottu käyttäen apuna strukturoitua kyselylomaketta, joka jaettiin HUS Naistensairaalaan marraskuun 2004 ja helmikuun 2005 välisenä aikana. Lomake jaettiin synnytysosastoissa ja lapsivuodeosastoilla työskenteleville hoitajille, täytettyjä lomakkeita palautui 619 kappaletta. Kyselylomakkeessa oli 28 kysymystä koskien äidin ja lapsen vointia ja hoitoa synnytys sairaalassa. Mukana oli yksi avokysymys. Suljetut kysymykset analysoitiin Excel-taulukkolaskentaohjelmalla, minkä jälkeen aineisto siirrettiin SAS-ohjelmistoon. Avokysymys analysoitiin sisällön analyysin avulla.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan vastasyntyneistä 74 % sai lisämaidon sairaalassaoloaikanaan. Valtaosa lisämaidon annosta perustui äidin ja isän toiveeseen tai hoitajan itsenäiseen päätöksentekoon. Yleisin syy lisämaidon annolle oli äidin rintoihin ja maidoneritykseen liittyvät ongelmat. Lisämaidon antoa lisäsivät äidin raskauden aikainen hoito, äidin synnytyksen jälkeinen erityishoito sekä lapselta otetut veri- ja virtsanäytteet. Lisäksi epäsäännöllinen synnytys lisäsi lisämaidon antoa. Lapsista 44 % kotiutui sairaalasta täysimetyksellä eli ei saanut lisämaidon viimeisen vuorokauden aikana. Täysimetyksellä kotiutumista haittasivat epäsäännöllinen synnytys, lapsen syntymän jälkeinen erityishoito ja ensi-imetyksen viivästyminen. Täysimetystä edistivät mm. normaali alatiesynnytys, ensi-imetys alle 1 h kuluessa synnytyksestä sekä varhainen ihokontakti.</p> <p>Tämän työn tuloksista kävi ilmi täysimetyksen ja täysimetyksellä kotiutumisen vaihtelu sairaaloittain ja osastoittain. Tulokset osoittivat, että yksittäisen hoitajan arvoilla ja toimintatavoilla on merkittävä vaikutus. Toivomme, että tulokset edesauttavat hoitajia edistämään tutkimuksessa hyviksi havaittuja hoitokäytänteitä.</p> | | | |
| Avainsanat | | | |
| Lisämaido, täysimetus, imetyksen tukeminen, ensi-imetus, ensimmäinen ihokontakti, päätöksenteko | | | |



| | | | |
|--|-------------|-------------------------|--|
| Degree Programme in | | Degree | |
| Nursing and Health Care | | Bachelor of Health Care | |
| Author/Authors | | | |
| Helenius, Laura and Pakola, Mari | | | |
| Title | | | |
| Nurse's Decision Making: Giving Additional Milk on a Postnatal ward | | | |
| Type of Work | Date | Pages | |
| Final Project | Spring 2007 | 48 + 10 appendices | |
| <p>ABSTRACT</p> <p>This study is part of the Evidence-Based Midwifery project. The aim of the project is to produce information for developing nursing practices at the Women's Hospital, Helsinki, Finland. Our focus in this work was decision making on giving additional milk to an infant from a nurse's point of view. The aim of this study was to identify nursing practices that were associated with infant feeding.</p> <p>The material of this study was collected by using a questionnaire with 28 structured questions. The questions were about mothers' and infants' care in the Women's Hospital and the questionnaires were filled by nurses working on delivery rooms and postnatal wards. 619 filled questionnaires were returned. The open question was analysed by using the content analysis. The data was collected between November 2004 and March 2005.</p> <p>In this study, most infants (74%) received additional milk (formula) during his/her stay at the hospital. In most cases, giving an infant additional milk was based upon the parents' wishes or on an independent decision made by a nurse. The main arguments for giving the additional milk were problems related to mother's breasts and lactation. Moreover, mother's antenatal and postpartum special care, as well as an infant undergoing blood or urine testing increased the use of additional milk.</p> <p>Also irregular delivery increased giving additional milk. 44% of the infants were being exclusively breastfed at discharge (the last 24h). Irregular delivery, infant's postnatal special care and the delayed first suckling decreased exclusive breastfeeding rate at discharge. A positive effect on exclusive breastfeeding could be shown for first suckling within one hour, early skin-to-skin contact and normal vaginal birth among others.</p> <p>The results showed that success of an exclusive breastfeeding differed among different hospitals and even hospital wards. Therefore, we dare say that a nurse's values and practices may, and can make a difference. We hope that the study will help nurses to reach / maintain procedures related to successful exclusive breastfeeding.</p> | | | |
| Keywords | | | |
| exclusive breastfeeding, breastfeeding support, additional milk, first suckling, skin-to-skin contact, decision making | | | |

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 1 |
| 2 IMETYKSEEN JA LISÄMAIDON ANTOON LIITTYVIÄ TEKIJÖITÄ HOITAJAN PÄÄTÖKSENTEON TAUSTALLA | 3 |
| 2.1 Täysimetykseen tukeminen | 3 |
| 2.1.1 Imetystä edistäviä tekijöitä | 4 |
| 2.1.2 Imetysohjauksen merkitys | 5 |
| 2.1.3 Hoitajan imetysasenne ja -tuki | 6 |
| 2.1.4 Tutin käytön vaikutus täysimetykseen | 7 |
| 2.2 Lisämaidon antaminen vastasyntyneelle | 8 |
| 2.2.1 Lisämaidon antamista lisääviä tekijöitä | 8 |
| 2.2.2 Lisämaidon annon toteutumisesta | 9 |
| 2.2.3 Lisämaidon antotapoja | 10 |
| 2.3 Hoitajan päätöksenteko lisämaidon antoon liittyen | 11 |
| 2.3.1 Tieto päätöksenteon taustalla | 11 |
| 2.3.2 Ammatilliset arvot ja eettisyys päätöksenteossa | 13 |
| 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE | 14 |
| 4 TUTKIMUSONGELMAT | 15 |
| 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS | 15 |
| 5.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineistonkeruu | 15 |
| 5.2 Analyysimenetelmät | 16 |
| 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET | 18 |
| 6.1 Tutkimusjoukon kuvaus | 18 |
| 6.2 Vastasyntyneen hoidon ja ruokinnan toteutuminen synnytyssairaalassa | 18 |
| 6.2.1 Ihokontaktin ja ensi-imetyksen toteutuminen | 19 |
| 6.2.2 Hoidon pituus ja jatkohoidosta sopiminen | 20 |
| 6.3 Taustatekijöiden vaikutus lisämaidon antoon | 20 |
| 6.3.1 Äidin taustatietojen vaikutus lisämaidon antoon | 20 |
| 6.3.2 Lapsen taustatietojen vaikutus lisämaidon antoon | 24 |
| 6.3.3 Hoitajan näkemyksen ja ohjeistuksen vaikutus lisämaidon antoon | 25 |
| 6.3.4 Tutin ja rintakumin käytön vaikutus lisämaidon antoon | 26 |
| 6.4 Täysimetyksellä kotiinlähdön toteutuminen | 27 |
| 6.4.1 Äidin taustatekijöiden vaikutus täysimetyksellä kotiinlähtöön | 27 |
| 6.4.2 Lapsen taustatekijöiden vaikutus täysimetyksellä kotiinlähtöön | 30 |
| 6.4.3 Hoitajan lisämaidon antoa koskevan mielipiteen vaikutus täysimetyksellä kotiutumiseen | 32 |
| 6.4.4 Tutin ja rintakumin käytön vaikutus täysimetyksellä kotiutumiseen | 32 |
| 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA | 33 |
| 7.1 Työskentelyprosessin synnyttämät ajatukset | 33 |
| 7.2 Tutkimuksen luotettavuus | 34 |
| 7.3 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset | 36 |
| 7.3.1 Lisämaidon antoon yhteydessä olevat taustatekijät | 36 |
| 7.3.2 Täysimetyksellä kotiutumiseen yhteydessä olevat taustatekijät | 38 |
| 7.3.3 Yleistä pohdintaa tuloksista | 39 |
| 7.4 Kehittämisehdotukset lapsivuodeosastoille ja haasteet jatkotutkimukselle | 40 |

| | |
|----------|--|
| LIITTEET | Ten Steps (liite 1) |
| | Kyselylomake (liite 2) |
| | HUS ohje hoitajille (liite 3) |
| | Kysymysten luokittelu (liite 4) |
| | Avokysymyksen 19 luokittelurunko (liite 5) |
| | Äitien taustatiedot (liite 6) |
| | Lasten taustatiedot (liite 7) |
| | Lisämaidon annon toteutuminen (liite 8) |
| | Kotiutumiseen liittyvät taustatiedot (liite 9) |
| | Sairaala- ja osastotiedot (liite 10) |

1 JOHDANTO

Vastasyntyneen imettäminen on luonnollista. Kuitenkin imetykseen liittyy paljon ongelmia, joista saamme jatkuvasti lukea lehtien ja Internetin keskustelupalstoilta. Synnytyssairaalassa tapahtuva imetysohjaus ja täysimetykseen tukeminen ovat ensiarvoisen tärkeässä asemassa imetyksen onnistumisen kannalta (Cox-Turnbull 1998: 12; Hannula 2003: 107; Kalam-Salminen 2005: 118). Toisaalta on tärkeää muistaa, että kaikki eivät voi eivätkä halua imettää; tällöin henkilökunnan tulee kaikesta huolimatta antaa äidille ohjausta ja tukea, häntä syyllistämättä.

Maailman terveysjärjestö WHO suosittelee vastasyntyneen täysimetystä puoleen ikävuoteen saakka (WHO 2003: 7 - 8). Suomessa olemme vielä kaukana tästä tavoitteesta. Hasusen selvityksessä oli neljän kuukauden ikäisistä täysimetettyjä vain 34 % (Hasunen 2006: 25). Täysimetyksen edistämiseen ja suotuisan kehityksen tukemiseen on laadittu Suomen oloihin soveltuva toimintamalli WHO:n ja UNICEF'in Baby Friendly Hospital Initiative -ohjelman pohjalta. Tämä velvoittaa sairaaloita tukemaan äitejä ja perheitä ”Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen” -ohjelman (liite 1) mukaisesti (WHO 1998: 30).

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Kätilöopiston sairaala ja Naistenklinikka ovat sitoutuneet noudattamaan WHO:n vauvamyönteisyysohjelmaa. On tärkeää selvittää näiden sairaaloiden toimintatapoja ja vauvamyönteisyysohjelman toteutumista käytännössä. Tutkimusten mukaan osa äideistä kokee saamansa imetysohjauksen olevan riittämätöntä ja ristiriitaista (Hannula 2003: 107; Kalam-Salminen 2005: 74-75). On tavoittelemisen arvoista vahvistaa henkilökunnan tietoisuutta olemassa olevista ohjeista ja suosituksista sekä saada heidät sitoutumaan niihin.

Opinnäytetyö ”Lisämaidon anto hoitajan päätöksentekona lapsivuodeosastolla” on osa Näyttöön perustuva kätilötyö -hanketta. Hankkeen tavoitteena on tuottaa opinnäytetöiden avulla tietoa Naistensairaalan hoitotyön kehittämisen pohjaksi, tueksi ja arvioimiseksi sekä kehittää kätilökoulutusta tulevaisuuden työelämän osaamisvaatimuksia vastaavaksi. (Hannula 2005: 5.) Tutkimusaineistona opinnäytetyössä on hoitaja-aineisto HUS/Naistensairaalassa tehdystä selvityksestä ”Synnyttäneen perheen kotona selviyty-

minen”. Naistensairaala teki selvityksen saadakseen tietoonsa perheiden hoidon, ohjauksen ja tuen tarpeita lapsen syntymän jälkeen. Selvityksen tarve lähti sairaalan yleisistä havainnoista sekä huolesta, kuinka perheet selviävät hoitoaikojen lyhentyessä. Lisäksi haluttiin selvittää lisämaidon antoa sekä näytteenottoa lapsivuodeosastoilla. Opinnäytetyön aineisto on koottu käyttäen apuna kyselylomaketta (liite 2), joka jaettiin Naistensairaalan synnytyssaleissa ja lapsivuodeosastoilla työskenteleville hoitajille. Täytettyjä lomakkeita palautui 619.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien näkökulmasta vastasyntyneen ruokintaan liittyvää päätöksentekoa. Tavoitteena on tunnistaa hoitotyön kehittämistarpeet lisämaidon antoon liittyen. Hankkeen parissa työskentely antaa meille arvokasta empiiristä tietoa, josta tulevaisuudessa hyötyvät asiakas, me ja kättilökollegamme. Naistensairaalan osastoilla on mahdollisuus hyödyntää opinnäytetyössä saatuja tuloksia kehittäessään ja ylläpitäessään hoitokäytänteitään synnyttäneiden perheiden kotona selviytymistä edistäviksi ja tukeviksi. Tutkimusaihe on käytännönläheinen ja tukee omaa ammatillista suuntautumistamme. Opinnäytetyön painopiste on erityisesti lisämaidon annossa, koska siihen vaikuttavia seikkoja tutkimalla ja niihin paneutumalla voimme havaita kehittämishaasteita lapsivuodeosastoilla täysimetyksen edistämiseksi.

Työn teoreettista viitekehystä varten olemme tutustuneet hoitotieteen ja lääketieteen alan tietokantoihin sekä julkaisuihin. Olemme suorittaneet tiedonhakuja mm. Nelli-portaalista, Cinahl-, Medline- ja Cochrane Library -tietokannoista. Käytettyjä hakusanoja ovat olleet mm. bottle, pacifier ja breastfeeding, breastfeeding ja social support, breastfeeding ja support of health personnel, breastfeeding ja health personnel education, infant feeding, supplement feeding, infant nutrition, infant ja health promotion, infant ja breastfeeding, cup feeding, decision making ja breast feeding, nursing decisions ja breastfeeding. Lisäksi olemme suorittaneet hakuja suomalaisesta Medic-tietokannasta sekä oman koulumme kirjaston tietokannasta, Kurresta. Käytetyt hakusanat ovat olleet vastasyntynyt, lapsivuode, rintamaito, lisämaido, pulloruokinta, hörpytys, kuppiruokinta, imetys, täysimetys, osittaisimetys, ensi-imetys, ensimmäinen ihokontakti, potilaan ohjaaminen/ohjaus, päätöksenteko, hoidollinen päätöksenteko.

Tämä opinnäytetyö sisältää kättilötyön asiantuntija -osuuden.

2 IMETYKSEEN JA LISÄMAIDON ANTOON LIITTYVIÄ TEKIJÖITÄ HOITAJAN PÄÄTÖKSENTEON TAUSTALLA

Opinnäytetyössä ”Lisämaidon anto hoitajan päätöksentekona lapsivuodeosastolla” teoreettisen viitekehyksen muodostavat käsitteet täysimetys, imetyksen tukeminen, lisämaito, ensi-imetys ja ensimmäinen ihokontakti sekä päätöksenteko.

2.1 Täysimetykseen tukeminen

Täysimetyksellä tarkoitetaan WHO:n mukaan sitä, että lapsen ainoa ravinto on rintamaito. Määritelmä sallii vitamiinivalmisteiden, lääkkeiden ja mineraalien annon (The World Health Organization's infant feeding recommendation). Tässä opinnäytetyössä esiintyy myös termi ”täysimetyksellä kotiinlähtö”, mikä tarkoittaa, että vastasyntynyt ei ole saanut kotiuttamista edeltävän vuorokauden aikana lisämaitoa.

Hannula on seurantatutkimuksessaan todennut, että onnistunut imetys lapsivuodeosastolla edesauttaa rintaruokinnan onnistumista sekä täysimetyksen toteutumista kotona (Hannula 2003: 81). Suomalaisilla äideillä on hyvä motivaatio imettää vauvojaan. Hasusen tutkimukseen osallistuneista äideistä (n = 8812) 91 prosenttia imetti sairaalasta kotiutettaessa. Suomessa äidit imettävät pitkään, sen mahdollistaa mm. yhteiskunnan tarjoama pitkä äitiysloma. Kuitenkin Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite täysimetyksestä 4 - 6 kuukauden ikään harvoin toteutuu. (Hasunen 2002: 40.) Neljän kuukauden ikäisistä vain 34 % on täysimetettyjä, viiden kuukauden ikäisistä enää vain 15 %. Myönteistä kehitystä on kuitenkin tapahtunut siinä, että 1 - 4 kuukauden ikään asti ulottuva täysimetys on yleistynyt vuosien 1995 ja 2000 tehtyjen vastaavien tutkimusten jälkeen. Huolestuttavaa on alle kuukauden ikäisten vauvojen täysimetyksen selvä väheneminen. (Hasunen 2002: 26.)

Merten ym. tutkivat, miten sairaalan sitoutuminen ”Baby Friendly Hospital Initiative” -ohjelmaan vaikuttaa äitien täysimettämiseen. Ohjelma sisältää kymmenen askeleen ohjeistuksen (liite 1), joilla pyritään tukemaan ja edistämään täysimetystä. Tutkimusjoukko koostui äideistä (n = 3032), joilta tiedusteltiin vauvan ruokintaan liittyviä asioita. Tutkimuksessa selvisi, että täysimetyksen kesto pidentyi merkittävästi, jos lapsi oli syn-

tynyt vauvamyönteisysohjelmaa tiukasti noudattavassa synnytyssairaalassa. Samoin selvisi, että jos lapsi oli saanut ainoastaan rintamaitoa sairaalassa, oli keskimääräinen imetysaika pidempi kuin niiden, jotka olivat saaneet lisäksi vettä tai muuta lisäravintoa. (Merten ym. 2005: 704-705.)

2.1.1 Imetystä edistäviä tekijöitä

Varhaisella ihokontaktilla on merkitys imetyksen onnistumiseen ja sen kestoon (Anderson ym. 2006: 6; Immonen 1996: 38; Mikiel-Kostyra - Mazur - Boltruszko 2002: 1288; Vaidya - Sharma - Dhungel 2005: 139). Immosen laadullisessa tutkimuksessa selvitettiin synnytyssalissa työskentelevien kätilöiden ($n = 37$) käsityksiä mm. syntymän jälkeisiin kokemuksiin liittyvistä tekijöistä. Tutkimustuloksissa todettiin, että heti, kun vastasyntyneen hengitys on varmistettu, tulee hänet asettaa äidin rinnoille. Äidin rinnoilla hän kuulee tutun sydämensykkeen ja hengityksen. Kätilön tulee rohkaista ja kannustaa äitejä koskettelemaan ja hyväilemään vauvojaan. (Immonen 1996: 38.) Synnytyssalissa tulee olla rauhallinen, hiljainen, hämyisä ja kotoinen tunnelma. Lempeällä ensikontaktilla, iho- ja katsekontaktilla sekä sylihoidolla, vahvistetaan äiti-lapsisuhdetta, joka on lapsen perusturvallisuudelle välttämätön. Onnistunut ensikontakti edesauttaa hyvän vuorovaikutussuhteen kehittymistä vanhempien ja uuden perheenjäsenen välillä. (Mietinen-Jaakkola 1992: 92–93.)

Myös ihokontaktin kestolla on vaikutusta täysimetyksen toteutumiseen. Mizuno ym. havaitsivat kontrolloidussa satunnaistutkimuksessaan vastasyntyneistä ($n = 60$), että yli 50 minuuttia kestänyt ihokontakti edesauttoi vastasyntyntä tunnistamaan oman äidin rintamaidon tuoksun ja pidensi imetyksen kestoa. (Mizuno ym. 2004: 1640.) Hannula havaitsi tutkimuksessaan, että vastasyntyneet, jotka eivät synnytyssalissa olleet ihokontaktissa, saivat useammin lisäruokaa (Hannula 2003: 70). Goldstein-Ferberin ja Makhoulin kontrolloidussa satunnaistutkimuksessa ($n = 47$ äiti-lapsiparia) on todettu pian syntymän jälkeen tapahtuvan ihokontaktin hyödyttävän vastasyntyntä monin tavoin. Tutkimuksessa kaikki vastasyntyneet olivat välittömästi syntymänsä jälkeen äidin rinnoilla hetken aikaa, kunnes heidät vietiin pesulle ja mittauksiin. Tämän jälkeen tutkimusryhmän lapset tuotiin takaisin äidin syliin ihokontaktiin, kun taas verrokkiryhmän vauvat vietiin lastenhoitohuoneeseen. Uudelleen ihokontaktissa olleet vauvat nukkuivat pidempään ja rauhallisemmin, myös nukkuma-asennot olivat rennompia. Verrokkiryh-

män lapset olivat levottomampia ja liikehtivät rauhattomasti. (Goldstein-Ferber – Mak-houl 2004: 858.)

Täysimetyksen kannalta on ensi-imetyksen onnistuminen tärkeää. Hannulan väitöskirjassa todetaan, että mikäli vauva ei imenyt rintaa ensimmäisellä imetyskerralla ja äiti oli epätietoinen siitä, oliko ensi-imetyskokemus onnistunut vai epäonnistunut, edisti tämä runsaan lisämaidon käyttöä. Samoin ensi-imetyksen viivästyminen yli 12 tunnin päähän synnytyksestä lisäsi lisämaidon antoa. (Hannula 2003: 70.) Vastasyntyneen imurefleksi käynnistyy yleensä tunnin kuluessa syntymästä. Ensimmäisen ihokontaktin aikana tulee äitiä kannustaa ensi-imetykseen, joka stimuloi oksitosiinin ja prolaktiinin eritystä. Tämä edistää kohdun supistumista sekä maidon nousua rintoihin. (Immonen 1996: 39-40; Miettinen-Jaakkola 1992: 102.) Myös vastasyntynyt hyötyy ensi-imetyksestä monin tavoin. Ternimaito on hyvin imeytyvää ja auttaa käynnistämään suolen toimintaa. Imetystilanne tarjoaa äidille ja lapselle hellän, lämpimän ja läheisen hetken. (Miettinen-Jaakkola 1992: 103.)

2.1.2 Imetysohjauksen merkitys

Hannulan väitöskirjassa todetaan, että yhdenmukainen ja suunnitelmallinen imetysohjaus sairaalassa auttaa äitejä selviytymään paremmin imetyksestä kotiinlähtötilanteessa. Runsaasti lisäruokaa saavat lapset ovat suuremmassa riskissä joutua ravituksi kokonaan korvikeruoaalla jo varhaisessa vaiheessa. Tästä syystä on tärkeää, että lisäruoan antoon kiinnitetään huomiota sairaalassa, ja annetaan sitä suunnitelmallisesti ja vain tarpeeseen. Sairaalan tulee järjestää hoitajille imetysohjauskoulutusta, jotta hoitajat osaavat paremmin ohjata ja tukea äitejä imetykseen. (Hannula 2003: 107.) Kalam-Salminen on tutkinut väitöskirjassaan hoidon laatua lapsivuodeosastoilla Suomessa ja Virossa. Tutkimuksen mukaan Suomessa hoitajien (n = 102) mielestä tärkein toiminta äitien hoitoon liittyen on imetysohjaus, tärkeyden keskiarvo 3,98, asteikolla 1 (ei lainkaan tärkeää) – 4 (aina tärkeä). Toteutuman keskiarvo on 3,81, asteikolla 1 (ei toteutunut koskaan) – 4 (toteutui aina). Samoin äidit (n = 291) asettivat imetysohjauksen toiseksi tärkeimmäksi asiaksi omassa hoidossaan (ka 3,91), toteutuman keskiarvo oli 3,64. (Kalam-Salminen 2005: 118.) Kysyttäessä vanhempien ja hoitajien mielipiteitä ohjauksen toteutumattomuuden syistä mainittiin mm. ohjaushaluttomuus, ohjauksen puute ja ristiriitaisuus. Kehittämisehdotuksiksi mainittiin mm. ohjauksen lisääminen, ohjauksen yhdenmukaista-

minen sekä yksilöllisenä toimintatavan kehittämisenä omahoitajuuskäytäntö. (Kalam-Salminen 2005: 74-75.)

Labarere ym. ovat retrospektiivisessä tutkimuksessaan arvioineet, miten henkilökunnan imetysohjauskoulutus vaikuttaa hoitokäytänteisiin sekä täysimetyksellä kotiinlähtöön. Imetysohjauskoulutuksessa pyrittiin kehittämään äitiyshuollossa työskentelevien hoitajien imetystietoutta ja taitoja. Tavoitteena oli saada täysimetyksellä kotiutuminen lisääntymään. Tutkimus toteutettiin kahdessa osassa: keräämällä potilasasiakirjoista äitilapsiparien tietoja ennen henkilökunnan koulutusta (n = 323) sekä koulutuksen jälkeen (n = 324). Kaikki tutkimukseen osallistuneet äidit olivat synnyttäneet terveen vastasyntyneen. (Labarere ym. 2003: 78-79.) Tutkimuksessa selvisi, kun kaikki äidit huomioitiin, että täysimetyksen toteutuminen kotiutettaessa ennen hoitajien koulutusta oli 16 %. Koulutuksen jälkeen vastaava luku oli 35%. Samankaltaiset tulokset saatiin myös, kun tarkasteltiin ainoastaan niitä äitejä, jotka jatkoivat kotona imetystä. Ennen koulutusta täysimetyksen toteutuminen kotiinlähtiessä oli 22 %, ja koulutuksen jälkeen peräti 46 %. (Labarere ym. 2003: 79-80.) Tutkimustulosten perusteella Labarere ym. tekivät johtopäätöksen, että suunnitelmallinen imetysohjauskoulutus kehittää äitiyshuollon hoitokäytänteitä ja lisää täysimetyksellä kotiinlähtöä (Labarere ym. 2003: 83).

2.1.3 Hoitajan imetysasenne ja -tuki

Hoitajien asenteilla on vaikutusta äitien imetyskäyttäytymiseen (Bernaix 2000: 207; DiGirolamo - Grummer-Strawn - Fein 2003: 96; Taveras ym. 2004: 288-289; Pantazi - Jaegaer - Lawson 1998: 295). On todettu, että vaikka kättilöitä pidetään imettämisen asiantuntijoina, heidän tietonsa sekä kykynsä tarjota tukea ja rohkaisua äideille vaihtelee huomattavasti (Bernaix 2000: 201). Bernaix lähetti hoitajan asenteita ja imetystukea kartoittavan kyselyn hoitajille (n = 50) ja kaksi viikkoa myöhemmin imettäville äideille (n = 136). Tutkimuksessa selvisi, että hoitajan tuki imettävälle äidille oli parhaiten ennakoitavissa hänen imetystietojensa ja asenteensa perusteella. Yhteyttä hoitajan aikomusten ja toteutuneen käytöksen välillä ei tutkimuksessa löydetty. Bernaix on sitä mieltä, että tieto on paras keino äidin tukemisessa. Ei riitä että hoitaja haluaisi mahdollisimman hyvin tukea äitiä, hänellä on oltava myös ajan tasalla olevaa, luotettavaa tietoa imetyksestä ja siihen liittyvistä asioista. (Bernaix 2000: 207–208.)

Hoitohenkilökunnan asenteilla näytti olevan merkitystä imetyksen kestoon myös siinä tapauksessa, että äiti oli päättänyt etukäteen imettää vain kahteen kuukauteen saakka. Jos hoitajat suosittelivat imetystä hyvänä ruokintakeinona, jatkoivat äidit todennäköisemmin imettämistä pidempään. Mikäli hoitajat eivät suositelleet imetystä, eivät äidit myöskään jatkaneet imetystä, vaan toimivat kuten olivat ennalta päättäneet. (DiGirolamo ym. 2003: 96.) Taverasin ym. tutkimuksessa selvisi, että hoitohenkilökunnan asenteilla lisämaidon antamiseen sekä imetysohjauksen tärkeyteen oli yhteys täysimetyksen todennäköiseen jatkumiseen. Taveras ym. suosittelevat toimenpiteitä, jotka edistävät hoitohenkilökunnan kykyä huomata äitien imetysongelmat ajoissa kiireestäkin huolimatta ja sitä kautta kykyä tukea äitejä täysimetykseen. (Taveras ym. 2004: 288-289.) Pantazi ym. toteavat tutkimuksessaan, että henkilökunnan tietämys ja asenteet imetyksestä vaikuttavat merkittävästi äidin saamaan imetystukeen ja -tietoon (Pantazi ym. 1998: 295).

2.1.4 Tutin käytön vaikutus täysimetykseen

Tutin käytöllä on todettu olevan yhteyttä imetysongelmiin ja väärään imemistekniikkaan (Kramer ym. 2001: 325; Righard 1998: 40). Howardin ym. kontrolloidussa satunnaistutkimuksessa haastateltiin äitejä (n = 700) ja todettiin tuttien käytön neljän ensimmäisen viikon aikana haittaavan täysimetyksen toteutumista yhden kuukauden ikään saakka. Samassa tutkimuksessa todettiin, että lapsen aikaisella tuttiin totuttamisella oli haitallinen vaikutus imetyksen kokonaiskestoon. (Howard ym. 2003: 511.)

Tutti ei kuulu WHO:n vauvamyönteisyysohjelman periaatteisiin (liite 1). Schubigerin kontrolloidussa satunnaistutkimuksessa (n = 602) ensimmäisten viiden vuorokauden aikana toiselle äiti-lapsi -pareista koostuvalle ryhmälle toteutettiin hoitoa WHO:n vauvamyönteisyys-suositusten mukaan ja toiselle konservatiivisen mallin mukaisesti, jossa lisämaitoa annettiin tarpeen mukaan. Tämän jälkeen imetystä kartoitettiin kahden, neljän ja kuuden kuukauden kuluttua tapahtuneilla kyselyillä. Tutkimuksessa todettiin, että eroja imetyskertojen tiheyteen tai imetyksen kestoon ei ollut. Kummassakin ryhmässä täysimetus väheni samassa tahdissa ja puolen vuoden iässä vauvamyönteistä hoitoa saaneessa ryhmässä täysimetettyjä lapsia oli jopa vähemmän. Huomattavia eroja ei kahden verrokkiryhmän välillä löydetty. (Schubiger, G. – Schwarz, U. – Tönz, O. 1997: 874–875.)

2.2 Lisämaidon antaminen vastasyntyneelle

WHO:n julkaisussa todetaan, että vastasyntyneelle ei tulisi antaa mitään muuta ruokaa kuin rintamaitoa, ellei se ole lääketieteellisesti perusteltua. Maailmanlaajuisesti synnytyssairaaloissa vastasyntyneelle annetaan esimerkiksi sokerivettä tai vettä, jopa ennen kuin heitä on kertaakaan imetetty. Tämän on todettu olevan yhteydessä rintaruokinnan varhaiseen estymiseen. Julkaisussa esitettyjen askeleiden (Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen) pohjana on vahva tutkimusnäyttö, jonka perusteella johtopäätökset suosituksia varten on tehty. Tutkimusten mukaan vastasyntyneet, joille oli annettu keran tai kaksi lisämaidoa ennen imetyksen käynnistymistä tulivat harvemmin täysimetyiksi kuuden viikon ikään asti. Mikäli lisämaidon antokertoja oli vielä enemmän, oli suurempi todennäköisyys, että vastasyntynyttä ei imetetty lainkaan. (WHO 1998: 48.)

Johtopäätöksissä todetaan olevan ilmeistä, että mikäli korvikkeita annetaan ilman lääketieteellistä perustetta, on tämä yhteydessä imetyksen varhaiseen estymiseen. Ei ole selvää, missä ulottuvuudessa korvikkeen käyttö on syytä ilmaiseva; onko se puuttumista vastasyntyneen syömiskäyttäytymiseen, vai kuvastaako se äidin alentunutta itsetuntoa. Tämän syyn laajuuden voidaan katsoa olevan merkki äidin vaikeuksista imettää tai myös viesti hoitohenkilökunnan heikoista taidoista edistää imetystä ja kyvyistä auttaa äitiä ylipääsemään vaikeuksistaan imetyksessä. (WHO 1998: 54.) Myös Ekström ym. ovat tutkimuksessaan todenneet, että lisämaidon anto ilman lääketieteellistä syytä vähentää huomattavasti täysimetyksen kestoa verrattuna niihin, jotka eivät ole saaneet lisämaidoita tai joille lisämaidoita on annettu lääketieteellisestä syystä. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, joka lähetettiin äideille yhdeksän ja kahdentoista kuukauden kuluttua synnytyksestä. Tutkimukseen osallistuneiden ensisynnyttäjien ($n = 194$) ja uudelleensynnyttäjien ($n = 294$) välillä ei ollut eroa tutkimustuloksissa. (Ekström - Widström - Nissen 2003: 174-175.)

2.2.1 Lisämaidon antamista lisääviä tekijöitä

Hannulan väitöskirjassa on runsasta lisäruoan käyttöä lisäävinä tekijöinä mainittu mm. ensisynnyttäjäisyys, aiempi lyhytaikainen imetys, keisarileikkaus synnytystapana, epiduraalipuudutus sekä ensi-imetyksen epäonnistuminen ja sen viivästyminen. Samoin äidin

huonot imetyskokemukset synnytyssairaalassa, vauvan pienipainoisuus (alle 2,8 kg), vauvan suuripainoisuus (yli 4,5 kg) sekä vierihoidamattomuus lisäsivät lisäruoan antoa. (Hannula 2003: 70-71.)

Howard ym. ovat tutkimuksessaan myös todenneet ensisynnyttäjäyden ja keisarileikkauksen vaikuttavan lisämaidon antoon edistävästi. Tutkimuksessa saatiin myös tuloksia, joiden mukaan ne äidit, jotka saavat sosiaalitukea, antavat todennäköisemmin lisämaitoa lapselleen. (Howard ym. 2003: 514.) Äidin sosiaalisen aseman vaikutusta imetykseen ja lisämaidon antoon tukee myös Lantingin ym. tutkimus, jossa kyselylomakkeen muodossa tiedusteltiin alankomaalaisilta äideiltä (n = 8739) vastasyntyneen ruokintaan liittyviä asioita. Imetyksen aloitusta tuki äidin korkea koulutus ja se, että hän oli ollut vakituises- sa kokopäivätyössä ennen lapsen syntymää. Äidin nopea paluu työelämään lyhensi ime- tyksen kestoa ja lisäsi näin ollen lisämaidon antoa. (Lanting ym. 2005: 939-940.)

2.2.2 Lisämaidon annon toteutumisesta

Korppoon laadullisessa tutkielmassa (n = 20) ”Äitien kokemuksia sairaalasyntymisen aikaisesta hoitotyöstä” on kartoitettu monipuolisesti äitien kokemuksia eri synnytyssai- raalan yksiköissä. Haastateltujen kokemusten mukaan lapsivuodeosaston hoitajilla on varsin imetysmyönteinen asenne, jopa painostava. Ongelmia olikin joillain haastatelluil- la ollut nimenomaan lisämaidon saamisessa vauvalleen. Suurin osa oli kuitenkin koke- nut, että mikäli tarvetta oli, lisämaitoa oli ilman erityisiä ongelmia annettu. Yllättävää tutkimuksessa oli se, että jotkut äidit eivät olisi halunneet vauvalleen annettavan lisä- maitoa, mutta heidän mielipiteensä jätettiin huomioimatta. (Korppoo 1995: 41.)

Stakesin tekemässä selvityksessä ”Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2000” kerrotaan, että DIPP-ravintotutkimusaineiston (Type 1 Diabetes Prediction and Preven- tion) mukaan synnytyssairaalassa 73 % vastasyntyneistä saa lisämaitoa, vaikka terve ja täysiaikainen vastasyntynyt ei sitä tarvitsisi. Samassa Stakesin selvityksessä todetaan, että pelkästään äidinmaitokorviketta ravintona saaneita oli 8 % vastasyntyneistä. Tämän selvityksen perusteella korvikkeen antaminen vastasyntyneelle on lisääntynyt viidessä vuodessa 6 %. (Hasunen 2002: 34, 40.)

2.2.3 Lisämaidon antotapoja

WHO:n kriteerien mukaan pulloruokinta ei kuulu täysimetykseen. Tuttipullon käyttö ensimmäisten elinvuokkojen aikana häiritsee oikean imemistekniikan oppimista ja voi täten vaikeuttaa imetystä sekä edesauttaa aikaista vieroitusta. (Hasunen 2002: 3, Righard 1998: 40). Suomessa ravinnon antaminen pullosta vastasyntyneille on tavallista. Alle kuukauden ikäisistä vauvoista 54 % on saanut ravintoa pullosta. (Hasunen 2002: 27.) WHO:n strategia suosittelee käyttämään ruokintamenetelmänä pulloruokinnan sijaan hörpytystä eli kuppiruokintaa, joka tarkoittaa vauvan syöttämistä mukista (WHO 2003: 10).

Hörpytystekniikkaa lisämaidon antotapana on kehitysmaissa, missä hygieniataso on huono eikä pullojen puhdistamiseen ole mahdollisuuksia, käytetty jo kauan. Alun perin hörpytystä käytettiin huuli- ja suulakihalkioisten lasten ruokinnassa. Nykyään se on lisännyt suosiotaan lisämaidon antomenetelmänä lapsivuodeosaston vauvoille, joille täysimetus ei syystä tai toisesta ole mahdollista. Hörpytyksen etuna pidetään mm. sitä, että se ei häiritse lapsen imemistekniikan oppimista ja näin ollen ehkäisee onnistunutta imetystä. Hörpytys on yksinkertainen ruokintakeino, johon myös isät voivat osallistua. Lisäksi saadaan luotua varhainen, positiivinen keho- ja katsekontakti lapseen. (Cup and finger feeding of breast milk 2003.)

Howard ym. ovat kartoittaneet satunnaistutkimuksessaan (n = 700 äitiä) pulloruokinnan ja hörpytyksen vaikutuksia imetykseen. Lisäruokinnalla, riippumatta antotavasta, oli haitallinen vaikutus imetyksen kestoon. Imetyksen kestossa ei eroja todettu olevan pulloruokittujen ja hörpytettyjen vastasyntyneiden välillä. Kuitenkin keisarileikatut sekä runsaasti lisäruokaa tarvitsevat, esimerkiksi keskoset, hyötyivät hörpyttämisestä verrattuna pulloruokintaan. Näissä tapauksissa hörpytys tuki rintaruokinnan onnistumista. (Howard ym. 2003: 511.) Esimerkiksi Helsingin kaupungin terveyskeskus suosittelee internet-sivuillaan hörpytystä eli kuppiruokintaa lisämaidon antotavaksi (Vauvan ruokailua 2005).

”Maaailmanlaajuinen toimintaohjelma vastasyntyneiden ja pienten lasten ruokinnasta” on WHO:n strategia, jonka keskeisenä asiana on suojella ja tukea sopivaa vastasynty-

neiden ruokintaa (WHO 2003: 25). Siinä todetaan, että suurin osa äideistä osaa ja voi imettää, ja näin ollen suurinta osaa vastasyntyneistä tulisi imettää. Vain erityisissä poikkeustapauksissa imetys on estynyt äidistä tai vauvasta johtuvista syistä. Tällaisissa tapauksissa, riippuen yksilöllisistä olosuhteista, parhaita vaihtoehtoja on antaa vastasyntyneelle lypsettyä oman äidin maitoa, äidinmaitoa maitopankista (toisen äidin lahjoittamaa maitoa) tai äidinmaitokorviketta. Äitien, joiden lapset eivät saa rintamaitoa vaan korviketta, tulee saada neuvoja ruokintaa varten terveydenhuollon henkilöstöltä. WHO:n strategia painottaa tätä velvollisuutta. (WHO 2003: 10.)

2.3 Hoitajan päätöksenteko lisämaidon antoon liittyen

HUS Naistensairaalassa lisämaidon antamisesta lapsivuodeosastolla on laadittu yhtenäinen kirjallinen ohje (liite 3) helpottamaan hoitajien päätöksentekoa. Lisämaidon anto on aiheellista monissakin tapauksissa; esim. mikäli lapsi on ennenaikainen, syntymäpaino on alle 3000 g tai yli 4500 g. Samoin lapsen alhainen verensokeri on eräs syy antaa lisämaidon. Tällaisissa tapauksissa lisämaidon anto turvaa lapsen hyvinvoinnin, kasvun ja kehityksen.

2.3.1 Tieto päätöksenteon taustalla

Hoitajan lisämaidon antoa koskevaa päätöksentekoa ovat tutkineet Gagnon ym. ja Glover. He selvittivät syitä, jotka johtivat lisämaidon antamiseen terveelle vastasyntyneelle. Tutkimuksessa haastateltiin hoitajia ($n = 38$) sekä lähetettiin kysely äiti-lapsi -pareille ($n = 564$). Hoitajien raportoimat yleisimmät syyt lisämaidon annolle olivat imetysongelmat, vastasyntyneen käytös, äidin uupumus, riittämätön maidoneritys sisältäen myös pelkän oletuksen alhaisesta maidonerityksestä, vastasyntyneen terveys, äidin imetysmotivaatio sekä kulttuuri. Imetysongelmiin katsottiin kuuluvan vastasyntyneen unisuuden, vastasyntyneen kieltäytymisen imetyksestä, vaikeudet imuotteessa ja rikkiäiset rinnanpää. Lisämaidon antoa lisääväksi vastasyntyneen käytökseksi katsottiin vastasyntyneen hosomeisuus, rauhattomuus, itkuisuus ja nälkäisyys. Vastasyntyneen terveyttä koskeviin syihin kuuluivat painon putoaminen, keltaisuus, hypoglykemia ja kuivuminen. Tutkimuksessa todetaan terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa vallitsevan konsensusen siitä, että vain hyvin harvoilla äideillä maito ei riitä. Gagnon ym. hämmästele-

vätkin lisämaidon antoa sillä perusteella, että äidin maidoneritys on vähäistä. (Gagnon ym. 2005: 401-402.) Myös Gloverin tutkimuksessa hoitajat raportoivat vauvan rauhatomuuden ja äidin levon tarpeen syyksi antaa lisämaidon. Lisäksi lisämaidon annettiin ennaltaehkäisemään kuivumista, hypoglykemiaa, painonlaskua ja keltaisuutta, koska hoitajat uskoivat, että äidin maidoneritys on riittämätöntä. (Glover 1995: 127.)

Päätöksentekoa varten tarvitaan ajan tasalla olevaa ammatillista tietoa. Jotta hoitaja voi tehdä päätöksen, on hänellä oltava asiaan liittyvää tietoa tai hänellä täytyy olla valmiudet hankkia tietoa. Näin toteavat Lauri, Eriksson ja Hupli (1998: 12) kirjassaan ”Hoidollinen päätöksenteko”. Jatkuvalle koulutukselle ja ammattitaidon ylläpitämiselle taataan tuoreimman tiedon hyödyntäminen käytännön työssä päätöksenteon tukena. Mm. Cox ja Turnbull ovat verrokkitutkimuksessaan selvittäneet imetyspajojen (ohjaus- ja tiedonhankintapaja imetykseen liittyen) vaikutusta kättilöiden toimintatapoihin. Imetyspajaan osallistuneet kättilöt (n = 56) kokivat saaneensa enemmän itseluottamusta tukeakseen äitejä imetyksessä kuin imetyspajaan osallistumattomat (n = 49). He myös muuttivat käsityksiään siitä, mitkä seikat ovat onnistuneen imetyksen kannalta merkityksellisiä ja myönsivät, että vuosittainen tietojen päivitys on välttämätöntä. (Cox - Turnbull 1998: 11.) Kättilön työssä lapsivuodeosastolla pääpaino keskittyy äitien ja perheen ohjaukseen, mistä johtuen on ensiarvoisen tärkeää, että tiedonanto ja ohjaus on johdonmukaista eri hoitajilla, osastoilla ja sairaaloissa. Epäasiallinen ja ristiriitainen tieto on saanut monet naiset lopettamaan imetyksen aikaisin (Cox - Turnbull 1998: 12).

Hoitajan koulutus, työ ja kokemus muodostavat hoitajalle sisäisen tietorakenteen. Tietorakenne muotoutuu sekä jäsentyy uuden tiedon ja lisääntyvän kokemuksen kautta. Hoitajan oma arvoperusta, yhteiskunnan normit, hoitajan yleistieto sekä ammatillinen erityistieto ovat osa tietorakennetta. Pohjan hoidolliselle päätöksenteolle luo hoitajan ammatillinen tietorakenne; hoitamisen tietorakenne. Tämä tietorakenne koostuu mm. empiirisestä, eettisestä, esteettisestä ja henkilökohtaisesta tiedosta. Empiirinen tieto perustuu tutkimukseen, se kuvaa ja selittää hoitamista sekä sen vaikutuksia. Empiirinen tieto muuttuu ja kehittyy jatkuvasti. Eettinen tieto sisältää mm. arvot, normit ja moraalikysymykset, jotka liittyvät hoitamiseen. Eettisiin ongelmatilanteisiin ei aina löydy oikeaa tai väärää vastausta. Esteettinen tieto näkyy hoitajan tavassa työskennellä ja siinä yhdistyvät tieto, tekninen osaaminen sekä inhimillinen tapa tehdä hoitotyötä. Esteettistä tietoa voisi kutsua myös hoitamisen taidoksi. Henkilökohtainen tieto rakentuu ihmisen omista

kokemuksista ja kehityksen myötä. Henkilökohtainen tieto on hiljaista tietoa, intuitiota, sitä ei voi aina sanallisesti välittää toisille ihmisille. (Lauri ym. 1998: 12-13.)

2.3.2 Ammatilliset arvot ja eettisyys päätöksenteossa

Tutkimuksessa ”Päätöksenteko synnyttäjän hoidossa” katsotaan oleellisen lähtökohdan hoitotyön päätöksenteolle olevan hyvien vuorovaikutustaitojen hallitseminen ja sitä kautta yhteisten toimintatapojen löytäminen yhdessä asiakkaan kanssa (Ahonen – Hupli – Lauri 1995: 54). Leino-Kilpi (1990: 108) on selvittänyt hoitajien erilaisia rooleja suhteessa potilaaseen; ”asiantuntijuuteen” liittyy vaihtoehtojen tarjoaminen. Vaihtoehtojen tarjoamisessa tulee noudattaa sellaista eettisyyttä, että potilaalla on todellinen mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Päätöksentekoprosessi on sidoksissa arvoihin, ja sitä ohjaavat hoitajan joko tiedostetut tai tiedostamattomat arvot. Arvoilla on huomattavaa merkitystä sekä oman että muiden toiminnan tavoitteille hoitotyön yksikössä. Savolaisen mukaan arvot ja toiminta saattavat kuitenkin olla ristiriidassa keskenään. Arvojen tiedostamiseen ja niiden ilmenemiseen käytännön hoitotyössä tarvitaan harjoitusta. (Savolainen 1988: 61.) Arvot ilmenevät tekoina, ja teot pääsääntöisesti vuorovaikutuksen näkyvinä tapahtumina. Kätilön ja asiakkaan välinen vuorovaikutussuhde tulee olla tasavertainen; kätilön tulee suhtautua empaattisesti, ystävällisesti ja ymmärtäväisesti asiakkaaseen joka tilanteessa. (Styrman - Leino-Kilpi 1993: 77.)

Sairaalassa osaston esimies ohjaa alaisiaan päätöksenteossa. Kun esimiehen oma koulutus on ajan tasalla, vuorovaikutustaidot ovat hyvät ja hän itse työskentelee esimerkillisesti edistääkseen osastolla toteutettavaa ideologiaa, esimerkiksi imetysmyönteisyyttä, on alaistenkin luontevaa sitoutua tähän yhteiseen tavoitteeseen. (Bernaix 2000: 208.) Puhakan deduktiivisessa tutkimuksessa (n = 87 hoitajaa) on työorganisaation tarjoamaksi edellytykseksi vastuulliselle päätöksenteolle määritelty koulutus ja työnohjaus, esimiehen tuki sekä hoitotyön ideologia (Puhakka 1996: 58).

Lisämaidon antoon liittyvässä päätöksenteossa, kuten muussakin päätöksenteossa, hoitajan on muistettava tehtävänsä asiakkaan edustajana toimimisesta. Oksanen-Mäkelä ja Hupli ovat tehneet käsiteanalyysin ”Hoitaja potilaan edustajana”-käsitteestä. Hoitosuhteessa edustaminen tarkoittaa sitä, että potilasta tuetaan ja hän saa tietoa voidakseen on-

nistuneesti tehdä itsensä kannalta tärkeitä päätöksiä. Päätöksenteon tulee olla yhteistyötä hoitajan ja potilaan välillä; asiakkaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava. Tehdessään itseään ja hoitoaan koskevia päätöksiä asiakas tarvitsee tukea. Hoitajan antama tuki on sekä aktiivista että passiivista. Aktiivisessa tukemisessa asiakkaalle kerrotaan hänen oikeuksistaan tehdä omia päätöksiään, passiivisesti tukemalla asiakkaalle annetaan omaa tilaa ja aikaa miettiä päätöksiään. (Oksanen ym. 1998: 53, 61.)

Yksilöllinen synnyttäjän hoitaminen vaatii kättilöltä pitkäjännitteisyyttä, samalla maltillista mutta tehokasta työskentelyä. Saumaton yhteistyö kättilön ja synnyttäjän välillä on synnyttäjän hoitoa parhaimmillaan. Hoitotyössä vastuukysymykset ovat monimutkaisia; hoitaja vastaa asiakkaalle kertomastaan tiedosta ja työnsä laadusta, mutta asiakas on myös vastuussa omista päätöksistään. (Ahonen ym. 1995: 50-51.) Lapsivuodeosastoilla vastavuoroiseen neuvontakeskusteluun tulisi kiinnittää erityistä huomiota, sillä asiakkaana on useimmiten aikuinen, terve nainen, joka on kykenevä ja oikeutettu päättämään omista asioistaan. Vastasyntyneen ravitsemukseen liittyvä päätöksenteko ei ole ainoastaan hoitajan; myös äidin ja perheen mielipiteellä on ratkaiseva merkitys. Vastavuoroisen neuvontakeskustelu tarkoittaa Kettusen, Karhilan ja Poskiparran artikkelin (2002: 220) mukaan sekä hoitajan että asiakkaan tasapuolista ja -vertaista osallistumista keskusteluun.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää vastasyntyneen ruokintaan liittyvää päätöksentekoa hoitajien näkökulmasta.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tunnistaa hoitotyön kehittämistarpeet liittyen lisämaidon antoon lapsivuodeosastolla. Saatujen tietojen avulla osastoilla on mahdollisuus saada vahvistusta jo olemassa oleviin käytänteisiin tai tarpeen mukaan kehittää hoitokäytänteitään synnyttäneen perheen kotona selviytymistä edistäviksi ja tukeviksi.

4 TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimusongelmat nousevat haasteesta saavuttaa täysimetyksen toteutuminen puoleen ikävuoteen saakka. HUS Naistensairaala on sitoutunut noudattamaan WHO:n vauvamyönteisyysohjelmaa, jonka mukaan lisämaitoa tulee antaa ainoastaan lääketieteellisistä syistä. Haluamme selvittää tämän suosituksen toteutumista käytännössä.

Tutkimuksella halutaan vastaus seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten vastasyntyneen hoito ja ruokinta toteutuvat synnytyssairaalassa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat lisämaidon antoon vastasyntyneelle?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat täysimetyksellä kotiinlähtöön?

Olemme luokitelleet kysymyslomakkeen kysymykset tutkimusongelmittain (liite 4).

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimusaineisto on koottu käyttäen apuna kyselylomaketta (liite 2), joka on jaettu HUS Naistensairaalassa marraskuun 2004 ja helmikuun 2005 välisenä aikana. Lomake jaettiin hoitajille Kätilöopiston ja Naistenklinikan synnytyssaleissa ja lisäksi lapsivuosastoilla 52 ja 6, joilla hoidetaan elektiivisellä sektiolla synnyttäneitä äitejä. Kyselylomakkeita jaettiin 645 ja niistä palautui 619. Kyselylomakkeissa tiedusteltiin hoitajilta mm. äidin ja lapsen synnytyssairaalassa saamaa hoitoa.

Kyselymittari on laadittu hyödyntäen aikaisempia tutkimuksia ja julkaisuja (Hannula 2005: 5). Kyselylomake koostuu 28 strukturoidusta kysymyksestä. Kysymykset ovat pääosin suljettuja, vain kysymys 19 on avokysymys ”Miksi terve vastasyntynyt tarvitsee mielestäsi lisämaitoa?”. Kysymyksen toivottiin tuottavan tietoja hoitajien asenteista ja

päätöksenteosta. Kysymykseen oli vastattu 68:ssa lomakkeessa. Mittari eli kyselylomake on laadittu sairaalan lähtökohdista ja sairaalan tarpeita palvelleen.

5.2 Analyysimenetelmät

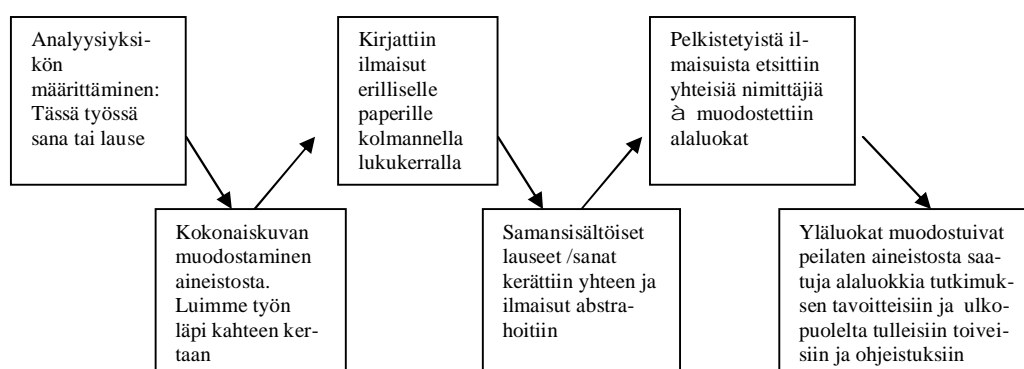
Tämä opinnäytetyö on kvantitatiivinen survey-tutkimus, tarkemmin määriteltynä suunnitelmallinen kyselytutkimus. Tutkielmamme on luonteeltaan selittävä, mutta sisältää myös kuvailevan tutkimuksen ominaisuuksia. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (1997: 219) mukaan tutkimusaineistoja voidaan analysoida monin eri tavoin. Heidän mukaansa analyysitavat voidaan jaotella karkeasti selittämiseen tai ymmärtämiseen pyrkiviin lähestymistapoihin. Kuitenkin, jos valitaan selittävä lähestymistapa, käytetään analyysitapana useimmiten tilastollista analyysia ja tehdään johtopäätöksiä. Heikkilän (2001: 15) mukaan selittävä tutkimus pyrkii selvittämään asioiden välisiä syyseuraussuhteita. Jotta voidaan tehdä riippuvuuspäätelmiä muuttujien välillä, on aineiston oltava laaja. Kvantitatiiviset analyysitavat perustuvat mittaamiseen. Mittayksikkö voi olla esimerkiksi ihmistä kuvaava sana, ominaisuus tai muu soveltuva yksikkö, jonka tulee saattaa tutkimuksen kohteena oleva ilmiö numeeriseen muotoon. (Erätuuli – Leino – Yli-Luoma 1994: 10-11.)

Tutkimusaineiston sisältämä avokysymys 19 analysoitiin käyttäen apuna aineistolähtöistä sisällön analyysia (kuvio 1). Sisällön analyysin aloitimme lukemalla läpi kaikki vastaukset. Kolmannella lukukerralla kirjasimme kaikki alkuperäisilmaisut. Tämän jälkeen luimme lomakkeet vielä kertaalleen ja tarkistimme alkuperäisilmaisut. Seuraavaksi jaoimme samaa tarkoittavat ilmaisut ryhmiin ja muodostimme niistä pelkistetyt ilmaisut. Esimerkiksi alkuperäisilmaisut ”maitoa ei tule”, ”maito ei ole vielä noussut”, ”äidin maito ei riitä” sekä ”syöttöpunnitus 0” yhdistimme pelkistetyksi ilmaisuksi ”maito ei riitä”.

Alaluokat hioutuivat vähitellen pelkistettyjen ilmaisujen, ohjaajien ja yhteyshenkilöiden kanssa käymiemme keskusteluiden sekä tutkimuksista löytämiemme valmiiden luokitteluiden pohjalta. Esimerkiksi mainitsemamme pelkistetyt ilmaisut ”maito ei riitä” sijoitimme alaluokkaan ”rintoihin ja maidon erityykseen liittyvät ongelmat”. Samaan alaluokkaan sijoitimme lisäksi pelkistetyt ilmaisut ”rintojen kivuliaisuus”, ”rintojen raken-

ne” sekä ”vauva nälkäinen syötön jälkeen”. Alaluokkien muodostamisessa tuli huomioida se, että alkuperäiset ilmaisut/pelkistetyt ilmaisut voidaan sijoittaa vain ja ainoastaan yhteen alaluokkaan. Alaluokkien muodostamista helpotti oleellisesti se, että jo ensimmäisten lukukertojen jälkeen meille oli hahmottunut jonkinlainen käsitys siitä, mitä yläluokat voisivat olla.

Vastauksista kävi ilmi selkeä jako äidistä johtuviin, vauvasta johtuviin sekä lääketieteellisiin syihin. Lopullisiksi yläluokiksi muotoutuivat imetysongelmat, lääkärin määräys, äidin vointi sekä muut. Muut-yläluokkaan sijoittuivat epäselvät, tulkintaa vaativat sekä vaikeasti luokiteltavat ilmaisut. Esimerkkeinä tällaisista ilmaisuista ovat alkuperäisilmaisut ”tapauskohtainen asia” ja ”ei yksiselitteistä syytä”. Saatuaamme hyväksynnän luokittelurungolle (liite 5), kävimme aineiston läpi vielä kertaalleen ja luokittelimme vastaukset alaluokille antamiemme numeroiden (1 - 6) mukaan.



KUVIO 1. Prosessikaavio sisällön analyysistä avokysymykselle ”Miksi terve vastasyntynyt tarvitsee mielestäsi lisämaitoa?”

Aineiston tilastollisessa analyysissä on käytetty ulkopuolista, tilastotieteellistä asiantuntemusta. Yhteistyössä sairaalan edustajan sekä ohjaajiemme kanssa olemme käyneet läpi aineistoa ja miettineet oleellisia asioita, jotka tulee huomioida raportoinnissa. Aineisto tallennettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmalla, minkä jälkeen se siirrettiin tilastolliseen SAS-ohjelmistoon, tarkistettiin ja havaitut virheet korjattiin. Tilastollinen kuvailu perustuu frekvenssi- ja prosenttijakaumiin sekä keskiarvoihin ja keskihajontoihin. Keskiarvoja verrattiin Studentin t-testillä. Muuttujien jakaumia verrattiin khiin neliötestillä tai, jos sen edellytykset eivät olleet voimassa, Fisherin testillä. Jos edellä mainittujen testien tulokset (p-arvot) olivat alle 0.05, muuttujien välillä oli merkittävä tilastollinen

yhteys. Huomattavaa on kuitenkin, että pelkän p-arvon perusteella ei voi tehdä johtopäätöstä tuloksen merkittävyydestä, vaan on myös mietittävä tuloksen merkitystä käytännössä (Heikkilä 2001: 195). Tämän jälkeen olemme aukikirjoittaneet aineistoa ja pyrkinneet löytämään vastauksia asettamiimme tutkimusongelmiin ristiintaulukoimalla eri kysymyksiä lisämaidon antoa sekä täysimetyksellä kotiutumista käsittelevien kysymysten kanssa. Avokysymyksen vastaukset on viety kvantitatiiviseen osuuteen ja ovat käsiteltävissä myös määrällisesti.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Kätilöopiston sairaalasta ja Naistenklinikalta osallistui yhteensä seitsemän lapsivuodeosastoa; Kätilöopiston sairaalan lapsivuodeosastot 3 (n = 78), 5 (n = 73), 6 (n = 99), 15 (n = 50) ja Naistenklinikan osastot 51 (n = 84), 52 (n = 93), 61 (n = 94). Lapsivuodeosastojen välillä on eroavaisuuksia hoidettavien äitien ja lasten voinnissa. Osastolla 15 (Haikaranpesä) ja osastolla 61 on tutkimusajankohtana hoidettu terveitä äitejä ja vastasyntyneitä. Erityishoitoa tarvitsevat äidit ja vastasyntyneet on hoidettu osastoilla 3, 5, 6, 51 ja 52. Elektiiviset sektiot on keskitetty osastoille 6 (n = 42), 51 (n = 4) ja 52 (n = 29). Yhteensä vastauksia oli 619, joista 314 oli yksilöity Kätilöopiston sairaalaan ja 299 Naistenklinikalle. Sairaalatiedot puuttuivat kuudesta lomakkeesta ja osastotiedot 49:stä lomakkeesta. Vastauksissa selvitettiin monipuolisesti sekä äidin että lapsen vointia ja hoitoa synnytyssairaalassa. Koko aineiston taustatiedot, sisältäen myös sairaala- ja osastokohtaiset tiedot, on esitetty liitteissä 6 - 10.

6.2 Vastasyntyneen hoidon ja ruokinnan toteutuminen synnytyssairaalassa

Suurin osa lapsista oli syntynyt 39 - 41 (77 %) ja painoi syntyessään yli kolme, mutta alle neljä kiloa (71 %). Vastasyntyneistä ennenaikaisina oli syntynyt kolmesta (2 %). Syntymäpaino oli 2500 g tai tämän alle seitsemällä lapsella (1 %). Erityishoitoa syntymän jälkeen tarvitsi 50 %, veri- tai virtsanäyte otettiin 53 %:lta lapsista. Yleisin otettu

näyte oli verensokeri, yhteensä 52 % kaikista näytteistä. Näytteenotto perustui suurimassa osassa (94 %) lääkärin määräykseen tai lääkärin antamaan kirjalliseen hoito-ohjeeseen. Vain 6 % näytteistä otettiin hoitajan itsenäisen päätöksen perusteella. Näytteistä 66 % johti jatkotoimenpiteisiin, joista yli puolet (82 %) oli kontrollinäytteenottoja. Lapsista ennenaikaisesti syntyneet hoidettiin osastoilla 5, 6, 51, 52 ja 61 ja pienipainoiset (2500 g tai alle) Nkl:n lapsivuodeosastoilla. Osastolla 15 lapsista valtaosa (76 %) ei tarvinnut erityishoitoa syntymänsä jälkeen, Nkl:llä syntyneistä lapsista 10 % oli ollut valvontaosastolla tai lastenkllinikalla. Osastokohtaiset tiedot ilmenevät liitteistä 6 - 9.

Vastasyntyneistä lisämaitoa sairaalassaoloaikanaan sai 441 lasta (74 %). Lisämaitoa saaneiden lasten osuudet sekä lisämaidon määrän keskiarvot lapsivuodeosastoittain on esitetty taulukoissa 1 ja 2. Viimeisen vuorokauden aikana lisämaitoa sai 56 % lapsista. Lisämaitoa annettiin hörpyttämällä (n = 59, 14 %), pullosta (n = 246, 60 %) ja pullosta sekä hörpyttämällä (n = 108, 26 %). Lapsista suurimmalla osalla (56 %) ei ollut käytössä tuttia eikä rintakumia. Neljänneksellä lapsista oli käytössä vain tutti. Pelkkää rintakumia käytti 14 % lapsista.

TAULUKKO 1.

| Lisämaitoa saaneiden lasten osuus osastoittain | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|----|
| osasto | 3 | 5 | 6 | 15 | 51 | 52 | 61 |
| % lapsista | 76 | 54 | 74 | 15 | 95 | 89 | 87 |

TAULUKKO 2.

| Lisämaidon määrän keskiarvo osastoittain niiden lasten osalta, jotka ovat saaneet lisämaitoa | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| osasto | 3 | 5 | 6 | 15 | 51 | 52 | 61 |
| ml/ lapsi | 260 | 133 | 208 | 88 | 280 | 373 | 208 |

6.2.1 Ihokontaktin ja ensi-imetyksen toteutuminen

Ihokontaktissa äitinsä kanssa syntymänsä jälkeen oli suurin osa (84 %) lapsista. Ihokontakti tapahtui välittömästi syntymän jälkeen 86 %:lla. Ihokontaktin kesto oli suurimmas-

sa osassa vähintään puoli tuntia (84 %). Osastolla 15 kaikki lapset olivat ihokontaktissa välittömästi syntymänsä jälkeen.

Ensi-imetys toteutui alle tunnin iässä 62 %:lla. Yli tunnin, mutta alle kahden tunnin iässä ensi-imetettyjä oli 19 %. Yli kahden tunnin iässä ensi-imetettyjä oli 19%. Lapsista 75 % imi ensi-imetyksellä hyvin (osastoittain vaihtelu 67 - 96 %), lapsista 21 % yritti imeä tai hamusi rintaa ja 4 % ei imenyt lainkaan. Osastoittain tiedot on ilmoitettu liitteessä 6.

6.2.2 Hoidon pituus ja jatkohoidosta sopiminen

Vastasyntyneistä suurin osa (27 %) kotiutui 72 tunnin kuluessa synnytyksestä (osastoittain vaihtelu 4 - 45 %). Lähes yhtä suuret (n. 20 %) ryhmät keskenään muodostivat kahden, kahden ja puolen sekä neljän vuorokauden kuluessa synnytyksestä kotiutuneet. Vuorokauden kuluessa synnytyksestä kotiutui 2 %. Lapsen paino viimeisessä punnituksessa sairaalassa oli suurimmalla osalla yli 3 kg - 3,5 kg (41 %). Lapsista 29 % painoi yli 3,5 kg mutta alle 4 kg. Osastoittain nämä tiedot löytyvät liitteestä 9.

Normaaliin neuvolaseurantaan siirtyi 77 % lapsista. Käynti lapsivuodeosastolle lastenlääkärin vastaanotolle sovittiin 7 %:n kanssa. Käynti lapsivuodeosastolle vain hoitajan vastaanotolle sovittiin 5 %:n kanssa (osastoittain vaihtelu 2 - 13 %).

6.3 Taustatekijöiden vaikutus lisämaidon antoon

6.3.1 Äidin taustatietojen vaikutus lisämaidon antoon

Äidin taustatietona on kysytty synnyttäneisyyttä sekä synnytystapaa. Äideistä 50 % oli ensisynnyttäjiä ja 75 % synnytyksistä oli normaaleja alatiesynnytyksiä. Äidin taustatietoihin on kerätty myös ennen raskautta diagnosoidut perussairaudet, kuten verenpaine-
tauti, diabetes, psyyken sairaus ja päihteiden väärinkäyttö. Äideistä suurimmalla osalla (75 %) ei ollut ennen raskautta diagnosoitua perussairautta. Myös äidin saamaa erityishoitoa raskauden aikana (57 % äpkl/antenataaliosastohoidossa) ja synnytyksen jälkeen (32 %) on selvitetty. Äitiyspoliklinikka/antenataaliosasto -käynneistä raskausaikana 75

% tapahtui kolmannen trimesterin aikana. Käyntien yleisimpiä syitä olivat pre-eklampsia tai sen oireet (13 %; osastojen välinen vaihtelu 1 - 29 %) sekä muu seuranta äidin riskien vuoksi (22 %; vaihteluväli 6 - 35 %). Synnytyksen jälkeisen erityishoidon yleisimmät syyt olivat muu erityishoito (21 %; vaihteluväli 5 - 43 %) sekä hypovolemi-an korjaaminen (4 %; vaihteluväli 1 - 7 %).

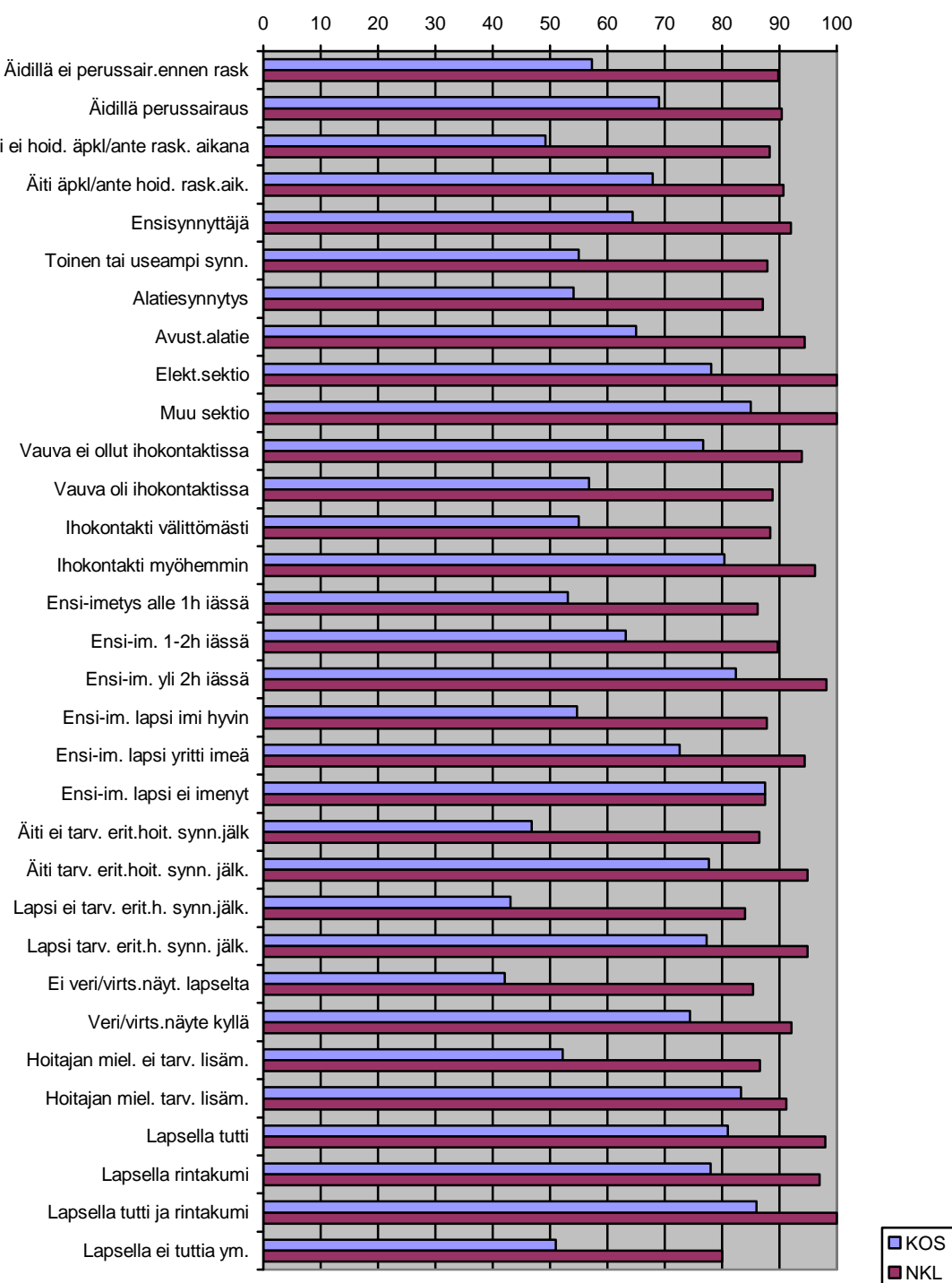
Eri taustatietojen vaikutuksia lisämaidon antoon sairaalakohtaisesti on selvitetty ristiintaulukoinnilla (kuvio 2). Kätilöopiston sairaalassa terveiden äitien lapsista 43 % sai pelkkää rintamaitoa, joten lisämaidtoa sai tässä joukossa 57 % lapsista. Naistenklinikalla vastaavat luvut olivat 10 % ja 90 %. Kaikista perussairaiden äitien lapsista viidennes (21 %) sai pelkkää rintamaitoa. Sairaaloittain vastaavat luvut olivat Kos 31 % ja Nkl 10 %.

Raskauden aikana äitiyspoliklinikalla tai antenataaliosastolla hoidettavana olleiden äitien lapsista lisämaidtoa sai Kos:ssa 68 % ja Nkl:lla 91 %. Kaikkien niiden äitien, jotka eivät tarvinneet hoitoa raskauden aikana, lapsista lisämaidtoa sai 68 %. Vastaavat luvut sairaaloittain olivat Kos 49 % ja Nkl 88 %.

Kaikista ensisynnyttäjien lapsista 77 % sai lisämaidtoa. Kos:n ensisynnyttäjien lapsilla luku oli 64 % ja Nkl:lla vastaava luku oli 92 %. Kaikista monisynnyttäjien (kaksi tai useampi synnytys) lapsista 72 % sai lisämaidtoa. Luvut sairaaloittain olivat Kos 55 % ja Nkl 88 %.

Synnytystavan yhteyttä lapsen lisämaidon saantiin on myös selvitetty. Lisämaidtoa saaneiden lasten osuus kasvoi ryhmittäin; pienin osuus lisämaidtoa saaneista lapsista oli säännöllisesti synnyttäneillä äideillä, Kos 54 % ja Nkl 87 %. Avustetulla alatiesynnytyksellä synnyttäneillä vastaavat luvut olivat Kos 65 % ja Nkl 94 %, elektiivisellä sektioilla synnyttäneillä Kos 78 % ja Nkl 100 %. Muulla sektioilla synnyttäneillä luvut olivat Kos 85 % ja Nkl 100 %.

Synnytyksen jälkeistä erityishoitoa saaneiden äitien lapsista 86 % sai lisämaidtoa. Vastaavat luvut hoitoperusteittain on esitetty kuviossa 3. Naistenklinikan aineistossa ei ollut päihteiden väärinkäytön vuoksi hoitoa tarvitsevia äitejä.

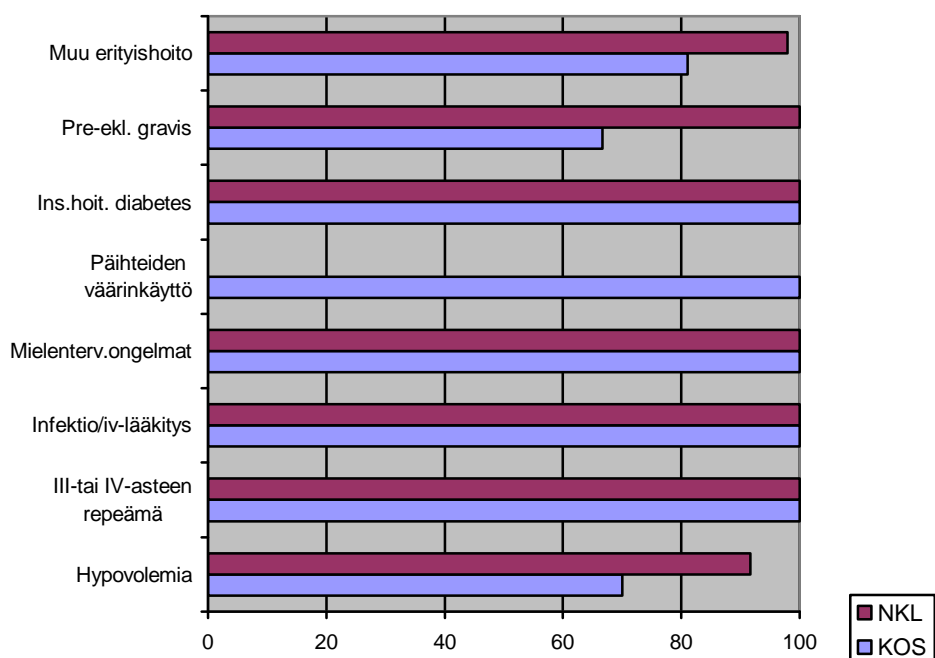


KUVIO 2. Taustatekijöiden vaikutus lisämaidon antoon. Palkit kuvaavat, kuinka suuri prosenttiosa kunkin ryhmän lapsista on saanut lisämaidon

Kaikista rintaruokituista lapsista 91 % oli ollut ihokontaktissa syntymänsä jälkeen. Toisaalta kaikista ihokontaktissa olleista lapsista 72 % sai lisämaidon. Kos:ssa syntyneistä, ihokontaktissa olleista lapsista 57 % sai lisämaidon, Nkl:lla vastaava luku 89 %. Välittömästi syntymänsä jälkeen ihokontaktissa olleista lapsista lisämaidon sai Kos:ssa 55 %

ja Nkl:lla 88 %. Jos ihokontakti oli myöhemmin, vastaavat luvut olivat Kos 80 % ja Nkl 96 %. Kaikilla niillä lapsilla, jotka saivat lisämaitoa, ihokontaktin keskimääräinen kesto oli 52 minuuttia. Lapsilla, jotka eivät saaneet lisämaitoa, ihokontakti kesti keskimäärin 75 minuuttia. Kos:ssa lisämaitoa saaneilla ihokontakti kesti keskimäärin 58 minuuttia ja pelkkää rintamaitoa saaneilla keskimäärin 76 minuuttia. Nkl:lla vastaavat luvut ovat lisämaitoa saaneilla keskimäärin 39 minuuttia ja rintaruokituilla keskimäärin 31 minuuttia.

Ensi-imetyksen tapahtuessa tunnin sisällä syntymästä 66 % kaikista lapsista sai lisämaitoa. Vastaavat luvut sairaaloittain olivat Kos 53 % ja Nkl 86 %. Ensi-imetyksen toteutuessa 1 - 2 tunnin iässä lisämaitoa sai kaikista lapsista 80 %. Sairaaloittain luvut olivat Kos 63 % ja Nkl 90 %. Jos ensi-imetys tapahtui yli kahden tunnin kuluttua syntymästä, sai lisämaitoa kaikista lapsista 91 %, vastaavat luvut Kos:ssa 82 % ja Nkl 98 %. Ensi-imetyksen onnistuessa hyvin kaikista lapsista 69 % sai lisämaitoa. Kos:ssa vastaava luku oli 55 % ja Nkl:lla 88 %. Jos lapsi yritti imeä tai hamusi rintaa, sai kaikista lapsista lisämaitoa 83 %, vastaavat luvut Kos:ssa 73 % ja Nkl:lla 94 %. Kaikista niistä lapsista, jotka eivät imeneet ensi-imetyksellä, sai lisämaitoa 88 %. Sairaaloiden välisessä tarkastelussa eroja tässä joukossa ei ollut.

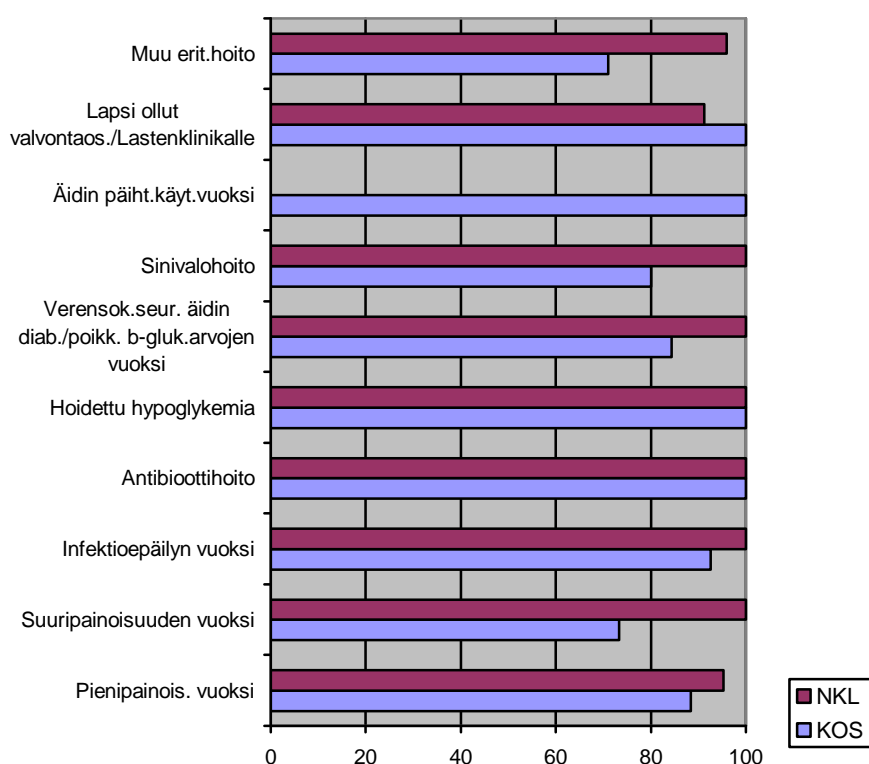


KUVIO 3. Äidin tarvitseman synnytyksen jälkeisen erityishoidon vaikutus lisämaidon antoon. Palkit kuvaavat, kuinka suuri prosenttiosa kustakin joukosta sai lisämaidoa. Nkl:lla ei ollut yhtään äitiä, joka tarvitsi erityishoitoa synnytyksen jälkeen päihteiden väärinkäytön vuoksi.

6.3.2 Lapsen taustatietojen vaikutus lisämaidon antoon

Lapsen taustatietoina olemme tarkastelleet lapsen gestaatioikää ja syntymäpainoa. Lisäksi yhtenä taustatietona on tarkasteltu sitä, onko lapsi tarvinnut erityishoitoa ja seuranta. Mahdollisia syitä ja perusteita on lueteltu olevan esim. sinivalohoito, antibioottihoito, pienipainaisuus, infektioepäily ja äidin päihteiden käyttö. Myös sitä, onko lapselta otettu sairaalassa veri- tai virtsanäytteitä, on tarkasteltu taustatietoina (kuvio 2).

Kaikkien lisämaitoa saaneiden lasten ryhmässä syntymähetken gestaatioiän keskiarvo oli 40 raskausviikkoa. Nuorin lapsista oli syntynyt h 34 + 1 ja vanhin h 42 + 4. Kaikkien pelkkää rintamaitoa saaneiden lasten ryhmässä gestaatioiän keskiarvo syntymähetkellä oli h 40 + 2. Tässä ryhmässä nuorin oli syntynyt h 37 + 3 ja vanhin h 42 + 2. Kaikista lisämaitoa saaneista 60 % oli ollut erityishoidossa syntymänsä jälkeen. Toisaalta kaikista erityishoidossa olleista lapsista 86 % oli saanut lisämaitoa. Kos:ssa erityishoidossa olleista lapsista oli 77 % saanut lisämaitoa, Nkl:lla 95 %. Erityishoidon vaikutus lisämaidon antoon on esitetty kuviossa 4.



KUVIO 4. Erityisseurantaa tarvinneet lapset. Lisämaidon annon toteutuminen kussakin tapauksessa. Palkit kuvaavat, kuinka suuri prosenttiosa kuhunkin ryhmään kuuluvista lapsista sai lisämaitoa sairaalassaoloaikanaan. Naistenlinikalla ei ollut yhtään lasta, joka tarvitsi erityishoitoa synnytyksen jälkeen äidin päihteiden väärinkäytön vuoksi.

Kaikista lapsista, joista otettiin veri- tai virtsanäyte, sai lisämaitoa 82 %. Niistä lapsista, joista näytettä ei otettu, lisämaitoa sai 64 %. Kättilöopiston sairaalassa lapsista, joista otettiin virtsa-/verinäytteet, sai 74 % lisämaitoa. Naistenklinikalla vastaava luku oli 92 %. Kos:n lapsista, joilta näytteitä ei otettu, lisämaitoa sai 42 %. Vastaava luku Nkl:lla on 85 %.

6.3.3 Hoitajan näkemyksen ja ohjeistuksen vaikutus lisämaidon antoon

Hoitajan asenteita ja mielipiteitä lisämaidon annosta kartoitettiin kyselykaavakkeessa. Siinä tiedusteltiin, tarvitseeko terve vastasyntynyt hoitajan mielestä lisämaitoa synnytyssairaalassa. Tähän liittyy avokysymys nro 19, ” Miksi terve vastasyntynyt tarvitsee mielestäsi lisämaitoa synnytyssairaalassa?”. Hoitajien vastausten tarkastelu on antanut tärkeää tietoa hoitokäytänteiden ajantasaisuudesta sekä hoitokulttuureista eri yksiköissä.

Kysymykseen oli vastannut 68 hoitajaa, vastausprosentti oli 11. Vastauksissa oli mainittu sekä yksittäisiä syitä että erilaisia syy-yhdistelmiä lisämaidon annolle. Kun yhdistelmät purettiin, saatiin yhteensä 125 kappaletta yksittäisiä perusteluja. Rintoihin ja maidon erityykseen liittyvät ongelmat oli yleisin peruste sille, miksi terve vastasyntynyt tarvitsee hoitajan mielestä lisämaitoa. Mainintoja oli 42 kappaletta, 34 % kaikista perusteluista. Seuraavaksi yleisimmät perustelut olivat osaston kirjallinen hoito-ohje (n = 35, 28 %) sekä äidin väsymys ja muut fyysiset tekijät (n = 20, 16 %). Taulukossa 3 näkyvät hoitajien vastauksissa mainitut perusteet terveen vastasyntyneen lisämaidon annolle koko aineiston osalta ja taulukosta 4 tiedot käyvät ilmi lapsivuodeosastoittain.

TAULUKKO 3. Avokysymyksen 19 tuottamat yksittäiset perustelut lisämaidon annolle

| Hoitajan mielipide siitä, miksi terve vastasyntynyt tarvitsee lisämaitoa (Koko aineiston vastaukset) | | |
|--|----|-------------------------|
| Peruste | n= | % kaikista maininnoista |
| Rintoihin ja maidon erityykseen liittyvät ongelmat | 42 | 34 |
| Lapsen imemiseen liittyvät ongelmat | 8 | 6 |
| Osaston kirjallinen hoito-ohje (lastenlääkärin määräys) | 35 | 28 |
| Emotionaaliset tekijät | 9 | 7 |
| Äidin väsymys ja muut fyysiset tekijät | 20 | 16 |
| Muut | 11 | 9 |

TAULUKKO 4. Avokysymyksen 19 vastaukset osastoittain

| Hoitajan mielipide siitä, miksi terve vastasyntynyt tarvitsee lisämaitoa (n / %) osastoittain | | | | | | | |
|--|---------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Peruste | 3 | 5 | 6 | 15 | 51 | 52 | 61 |
| Rintoihin ja maidon eritykseen liittyvät ongelmat | 20 / 45 | 4 / 18 | 1 / 20 | 2 / 40 | 5 / 33 | 4 / 30 | 5 / 29 |
| Lapsen imemiseen liittyvät ongelmat | 5 / 11 | 1 / 5 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 1 / 8 | 0 / 0 |
| Osaston kirjallinen hoito-ohje (lastenlääkärin määräys) | 7 / 16 | 12 / 55 | 2 / 40 | 2 / 40 | 3 / 20 | 1 / 8 | 7 / 41 |
| Emotionaaliset tekijät | 1 / 2 | 2 / 9 | 1 / 20 | 0 / 0 | 2 / 13 | 2 / 15 | 1 / 6 |
| Äidin väsymys ja muut fyysiset tekijät | 7 / 16 | 3 / 14 | 0 / 0 | 0 / 0 | 5 / 33 | 2 / 15 | 3 / 18 |
| Muut | 4 / 9 | 0 / 0 | 1 / 20 | 1 / 20 | 0 / 0 | 3 / 23 | 1 / 6 |

Kysymyksessä 21 tiedusteltiin, onko lisämaidon anto perustunut kirjalliseen hoito-ohjeeseen, lääkärin määräykseen, äidin- tai isän toiveeseen, hoitajan itsenäiseen päätökseen vai joidenkin edellä mainittujen vaihtoehtojen yhdistelmiin. Lisämaidon anto perustui suurimmaksi osaksi äidin/isän toiveeseen (46 %; osastojen välinen vaihtelu 29 - 60 %) tai hoitajan itsenäiseen päätöksentekoon (31%; vaihteluväli 22 - 39 %). Lisämaidon annon syyksi oli useimmiten (35 %; osastojen välinen vaihtelu 24 - 65 %) kirjattu ”vauva imenyt rinnalla, mutta edelleen nälkäinen/hamuilee/huutaa/tyytymätön”. Seuraavaksi yleisimmät syyt olivat ”muut syyt” (17 %; vaihteluväli 6 - 27 %) sekä ”vauva kansliassa, äiti väsynyt ja haluaa nukkua” (10 %; vaihteluväli 3 - 15 %).

6.3.4 Tutin ja rintakumin käytön vaikutus lisämaidon antoon

Kaikista lisämaitoa saaneista lapsista tuttia käytti 31 % (n = 123) ja rintakumia 17 % (n = 67). Sekä tuttia että rintakumia käytti 6 % (n = 25) lapsista. Jos tarkastellaan kokonaisuudessaan ryhmää, jossa lapsella oli käytössä jokin edellämainituista, lisämaitoa sai 90 % lapsista. Täysimetetyistä lapsista tuttia käytti 9 % (n = 12), rintakumia 7 % (n = 10) sekä molempia 1 % (n = 1).

Kätilöopiston sairaalassa lisämaitoa saaneista lapsista tuttia käytti 24 % ja Naistenklinikalla 36 %. Toisaalta tarkasteltaessa kaikkia tuttia käyttäneitä lapsia, sai heistä lisämaitoa 91 %, Kos:ssa 81 % ja Nkl:lla 98 %. Tarkasteltaessa rintakumia käyttäneitä lapsia, kaikista lapsista lisämaitoa sai 87 %. Luvut sairaaloittain ovat Kos 78 % ja Nkl 97 %. Mikäli lapsella oli käytössään sekä tutti että rintakumi, sai kaikista heistä lisämaitoa 96 %, Kos 86 % ja Nkl 100 %.

Lapsista, jotka eivät käyttäneet tuttia eivätkä rintakumia, sai lisämaitoa 62 %, Kätilöopistolla 51 % ja Naistenlinikalla 80 %.

6.4 Täysimetyksellä kotiinlähdön toteutuminen

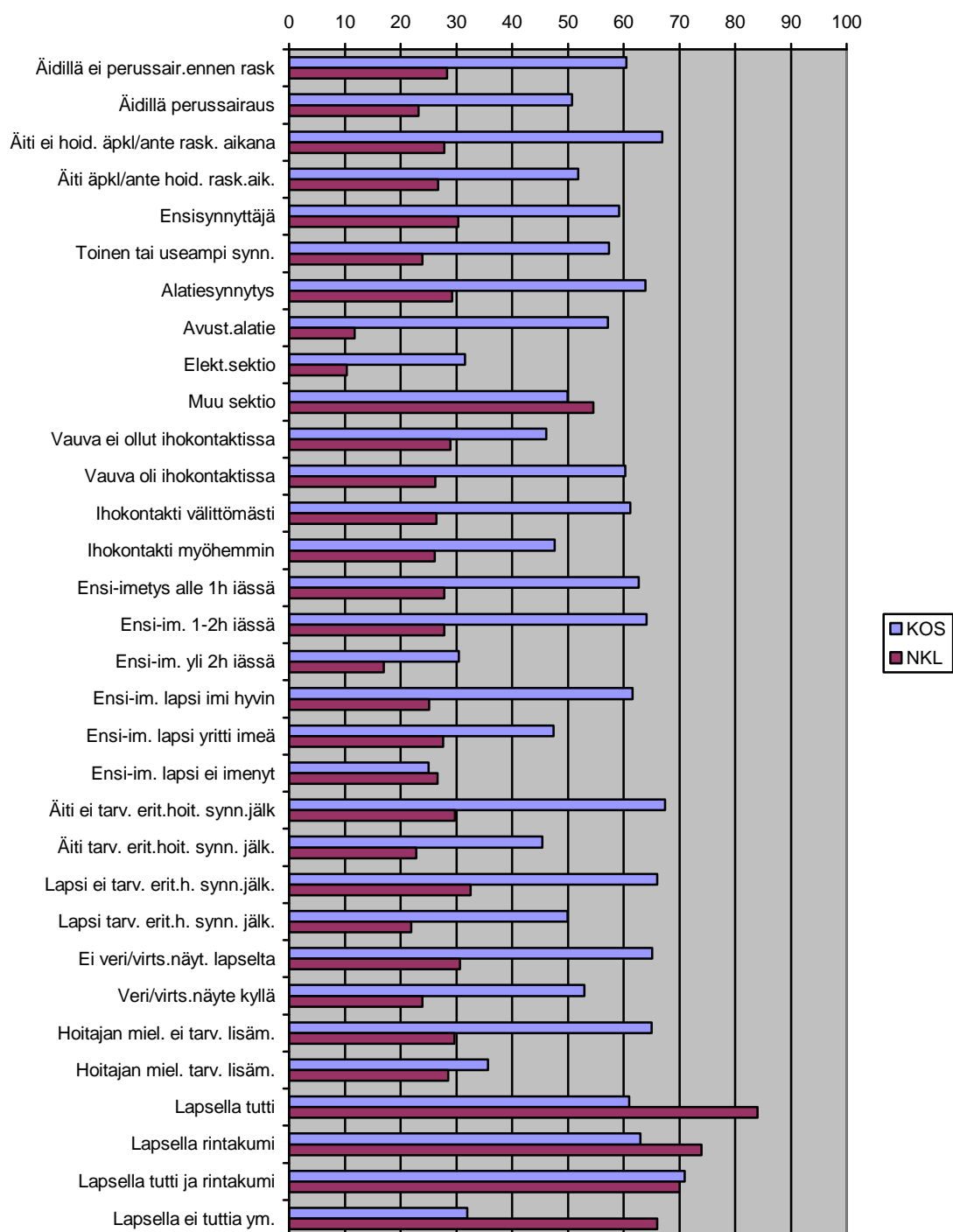
6.4.1 Äidin taustatekijöiden vaikutus täysimetyksellä kotiinlähtöön

Kaikista äideistä neljänneksellä oli jokin perussairaus. Perussairauksien ja muiden taustatietojen vaikutusta täysimetyksellä kotiutumiseen on esitetty kuviossa 5. Kätilöopiston sairaalassa terveiden äitien lapsista 61 % kotiutui täysimetyksellä. Tässä joukossa lisämaitoa sai viimeisen vuorokauden aikana 39 % lapsista, Naistenlinikalla vastaavat luvut oli 28 % ja 72 %.

Raskauden aikaista hoitoa äitiyspoliklinikalla tai antenataaliosastolla sai kaikista äideistä 57 %. Hoidettavana olleiden äitien lapsista kotiutui täysimetyksellä Kos:ssa 52 % ja Nkl:lla 27 %. Raskauden aikaista hoitoa saaneiden äitien lapsista Kos:ssa 48 % ja Nkl:lla 73 % sai lisämaitoa viimeisten 24 tunnin aikana. Kaikkien niiden äitien, jotka eivät tarvinneet hoitoa raskauden aikana, lapsista kotiutui täysimetyksellä 48 %. Vastaavat luvut sairaaloittain olivat Kos 67 % ja Nkl 28 %.

Kaikista ensisynnyttäjien lapsista 46 % kotiutui täysimetyksellä, monisynnyttäjien lapsista vastaava luku on 41 %. Kos:n ensisynnyttäjien lapsista kotiutui täysimetyksellä 59 % ja Nkl:lla 30 %. Monisynnyttäjien lasten osalta vastaavat luvut sairaaloittain olivat Kos 57 % ja Nkl 24 %.

Synnytystavan yhteyttä lapsen täysimetyksellä kotiutumiseen selvitimme ristiintaulukoinnin avulla. Täysimetyksellä kotiutuneiden osuus vaihteli ryhmittäin; pienin osuus täysimetyksellä kotiutuneista oli elektiivisellä sektioilla synnyttäneillä Kos 36 % ja Nkl 10 %. Säännöllisesti synnyttäneillä äideillä vastaavat luvut olivat Kos 64 % ja Nkl 29 %. Avustetulla alatiesynnytyksellä synnyttäneillä samat luvut olivat Kos 57 % ja Nkl 12 %. Muulla sektioilla syntyneistä täysimetyksellä kotiutui Kos 50 % ja Nkl 55 %.



KUVIO 5. Taustatekijöiden vaikutus täysimetyksellä kotiutumiseen. Palkit kuvaavat, kuinka suuri prosenttiosa kunkin ryhmän lapsista on kotiutunut täysimetyksellä

Kaikista täysimetyksellä kotiutuneista lapsista 88 % oli ollut ihokontaktissa syntymänsä jälkeen. Toisaalta kaikista ihokontaktissa olleista lapsista 55 % sai lisämaitoa viimeisen vuorokauden aikana. Kos:ssa syntyneistä, ihokontaktissa olleista lapsista 60 % kotiutui täysimetyksellä, Nkl:lla vastaava luku 26 %. Välittömästi syntymänsä jälkeen ihokon-

taktissa olleista lapsista kotiutui täysimetyksellä Kos:sta 61 % ja Nkl:lta 26 %. Jos ihokontakti oli myöhemmin, vastaavat luvut olivat Kos 48 % ja Nkl 26 %. Kaikilla niillä lapsilla, jotka kotiutuivat täysimetyksellä, ihokontaktin keskimääräinen kesto oli n. 70 minuuttia. Lapsilla, jotka saivat lisämaitoa viimeisten 24 tunnin aikana, ihokontakti kesti keskimäärin n. 50 minuuttia. Kos:ssa vastaavat luvut olivat n. 80 ja 60 minuuttia. Nkl:lla luvut olivat n. 40 ja 44 minuuttia.

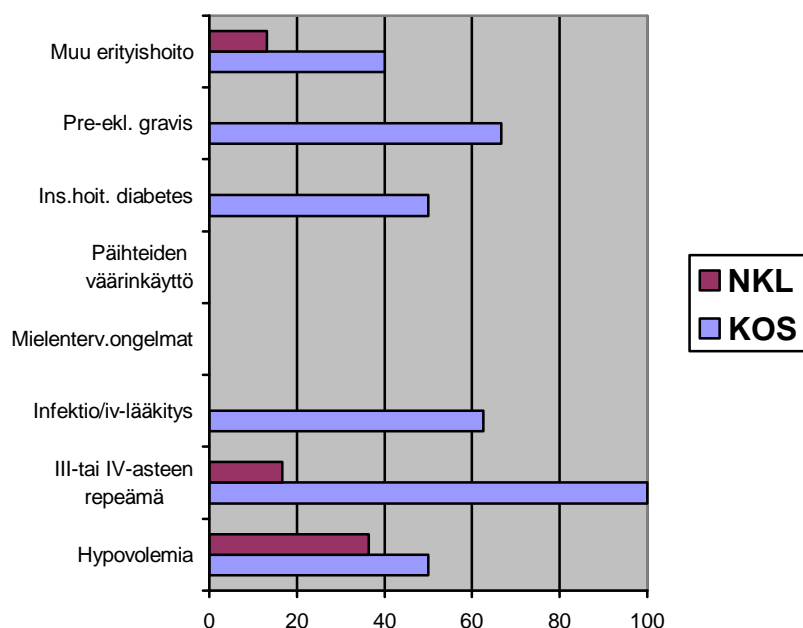
Kun ensi-imetys tapahtui tunnin sisällä syntymästä, kotiutui täysimetyksellä 49 % kaikista lapsista. Vastaavat luvut sairaaloittain olivat Kos 63 % ja Nkl 28 %. Ensi-imetyksen toteutuessa 1 - 2 tunnin iässä kotiutui kaikista lapsista täysimetyksellä 42 %. Sairaaloittain luvut olivat Kos 64 % ja Nkl 28 %. Jos ensi-imetys tapahtui yli 2 tunnin kuluttua syntymästä, kaikista lapsista täysimetyksellä kotiutui 24 %, sairaaloittain luvut olivat Kos 30 % ja Nkl 17 %.

Ensi-imetyksen onnistuessa hyvin, kaikista lapsista kotiutui täysimetyksellä 46 %. Kos:ssa vastaava luku oli 62 % ja Nkl:lla 25 %. Jos lapsi yritti imeä tai hamusi rintaa, kaikista lapsista kotiutui täysimetyksellä 39 %, vastaavat luvut Kos:ssa 47 % ja Nkl:lla 28 %. Jos lapsi ei imenyt ensi-imetyksellä, kotiutui kaikista lapsista täysimetyksellä 26 %. Sairaaloiden välisessä tarkastelussa luvut olivat Kos 25 % ja Nkl 27 %.

Äidin synnytyksen jälkeistä erityishoitoa on tarkasteltu täysimetyksellä kotiutumisen näkökulmasta (kuvio 6). Kaikista erityishoitoa saaneiden äitien lapsista 35 % kotiutui täysimetyksellä. Jos äiti oli saanut erityishoitoa hypovolemian vuoksi, kotiutui täysimetyksellä lapsista 43 % (Kos 50 %, Nkl 36 %). Vastaavat luvut erityishoitoa III-tai IV-asteen repeämän vuoksi saaneiden äitien lapsilla olivat 29 % (Kos 100 %, Nkl 17 %). Jos äidillä oli synnytyksen jälkeinen infektio tai iv-lääkehoito, kotiutui täysimetyksellä lapsista 38 % (Kos 63 %, Nkl 0 %). Erityishoitoa mielenterveysongelmien vuoksi saaneiden lapsista (n = 2) täysimetyksellä ei kotiutunut yhtään.

Naistenklinikalla ei ollut yhtään päihteiden väärinkäytön vuoksi erityishoitoa tarvitsevaa äitiä, Kätilöopiston sairaalassa oli yksi, jonka lapsi ei kotiutunut täysimetyksellä. Jos äiti oli saanut hoitoa insuliinihoitoisen diabeteksen vuoksi, vastaavat luvut olivat 25 % (Kos 50 %, Nkl 0 %). Erityishoitoa pre-eklampsia graviksen vuoksi saaneiden lapsis-

ta täysimetyksellä kotiutui 40 % (Kos 67 %, Nkl 0 %) ja muuta erityishoitoa saaneilla samat luvut olivat 29 % (Kos 40 %, Nkl 13 %).



KUVIO 6. Äidin synnytyksen jälkeisen erityishoidon vaikutus täysimetyksellä toteutukseen. Palkit kuvaavat, kuinka suuri prosenttiosa kustakin ryhmästä kotiutui täysimetyksellä. Kätilöopistolla oli yksi äiti, joka tarvitsi erityishoitoa synnytyksen jälkeen mielenterveysongelmien vuoksi. Tieto täysimetyksellä kotiutumisesta kuitenkin puuttui vastauksista. Naistenlinikalla ei ollut yhtään äitiä, joka tarvitsi erityishoitoa synnytyksen jälkeen päihteiden väärinkäytön vuoksi.

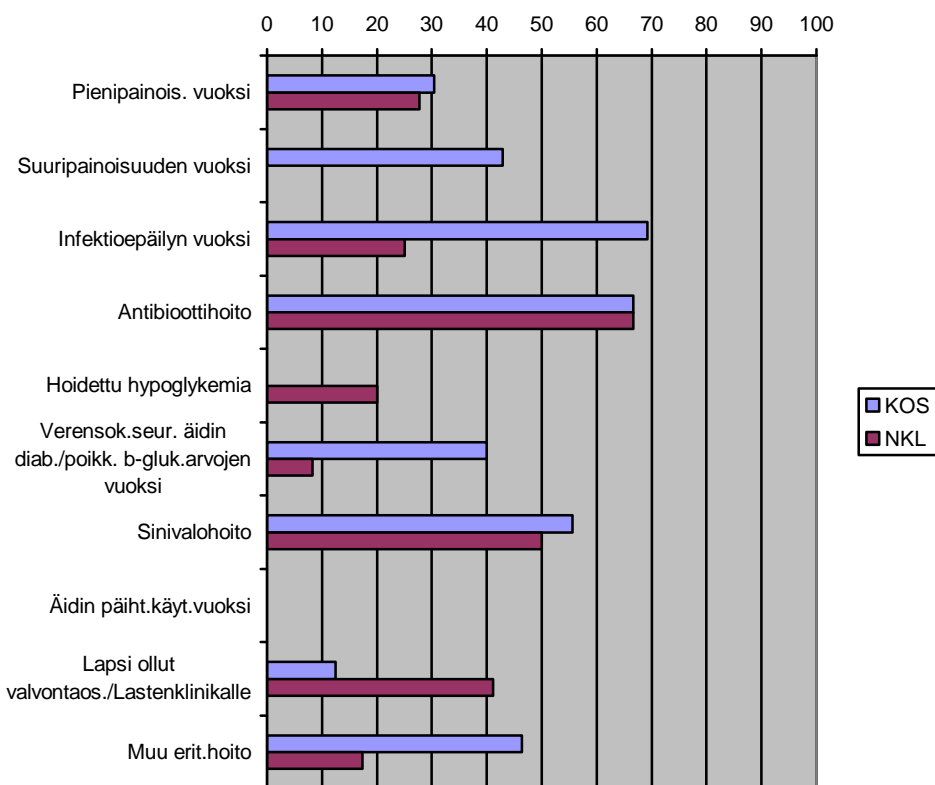
6.4.2 Lapsen taustatekijöiden vaikutus täysimetyksellä kotiinlähtöön

Täysimetyksellä kotiutuneiden ryhmässä syntymähetken gestatioiän keskiarvo oli h 40 + 1. Nuorin lapsista oli syntynyt h 36 + 1 ja vanhin h 42 + 2. Sairaaloittain keskiarvot olivat Kos h 40 + 2, Nkl h 40.

Kaikista täysimetyksellä kotiutuneista lapsista 41 % oli ollut erityishoidossa syntymänsä jälkeen. Toisaalta kaikista erityishoidossa olleista lapsista 36 % kotiutui täysimetyksellä. Kos:ssa erityishoidossa olleista lapsista 50 % kotiutui täysimetyksellä, Nkl:lla 22 %. Erityishoidon vaikutus täysimetyksellä kotiutumiseen on esitetty graafisesti (kuvio 7).

Kaikista lapsista, joista otettiin veri- tai virtsanäyte täysimetyksellä kotiutui 41 %. Niistä lapsista, joista näytettä ei otettu, kotiutui täysimetyksellä 48 %. Kätilöopiston sairaalas-

sa lapsista, joista otettiin virtsa- tai verinäytteitä, 53 % kotiutui täysimetyksellä. Naistenklinikalla vastaava luku oli 24 %. Kos:n lapsista, joilta näytteitä ei otettu, täysimetyksellä kotiutui 65 %. Vastaava luku Nkl:lla on 31 %.



KUVIO 7. Täysimetyksen toteutuminen synnytyksen jälkeistä erityisseurantaa tarvitsevien lasten osalta. Palkit kuvaavat, kuinka suuri prosenttiosa kuhunkin ryhmään kuuluvista lapsista kotiutui täysimetyksellä. Naistenklinikalla ei ollut yhtään lasta, joka tarvitsi erityishoitoa synnytyksen jälkeen äidin päihteiden väärinkäytön vuoksi.

Kotiutumisajankohdan vaikutusta täysimetyksellä kotiutumiseen on selvitetty ristiintaulukoimalla kysymykset 25 ja 26. Tulokset esitetty alla olevassa taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Kotiutumisajankohdan vaikutus täysimetyksellä kotiutumiseen

| Kotiutumisajankohdan vaikutus lisämaidon antoon viim. 24h, täysimetyksellä kotiutuneet %:na | | | |
|---|--------|-----|-----|
| Kotiutumisajankohta | Kaikki | Kos | Nkl |
| 24 h:n kuluessa synnytyksestä (n=11) | 64 | 60 | 67 |
| 36 h:n kuluessa synnytyksestä (n=51) | 43 | 68 | 24 |
| 48 h:n (2 vrk:n) kuluessa synnytyksestä (n=110) | 48 | 67 | 20 |
| 60h:n (2,5 vrk:n) kuluessa synnytyksestä (n=116) | 47 | 63 | 28 |
| 72 h:n (3 vrk:n) kuluessa synnytyksestä (n=149) | 37 | 49 | 20 |
| 4 vrk:n kuluessa synnytyksestä tai myöhemmin (n=109) | 40 | 48 | 34 |

6.4.3 Hoitajan lisämaidon antoa koskevan mielipiteen vaikutus täysimetyksellä kotiutumiseen

Kyselylomakkeen kysymyksessä 18 tiedusteltiin hoitajan mielipidettä terveen vastasyntyneen lisämaidon tarpeesta. Hoitajat vastasivat kysymykseen lyhyesti joko ei tarvitse tai tarvitsee. Kätilöopiston sairaalassa ryhmässä, jossa hoitajan mielipide lisämaidon antoa kohtaan oli kielteinen, täysimetyksellä kotiutui 65 % lapsista. Kätilöopiston sairaalassa siinä ryhmässä, jossa hoitajan mielipide oli lisämaidon antoa puoltava, täysimetyksellä toteutuminen oli 36 %. Naistenklinikalla ryhmässä, jossa hoitajien mielipide oli lisämaidon antoa kohtaan kielteinen, täysimetyksellä kotiutui 30 % lapsista. Naistenklinikalla ryhmässä, jossa hoitajan mielipide oli lisämaidon antoa puoltava, täysimetyksellä kotiutui 29 % lapsista.

6.4.4 Tutin ja rintakumin käytön vaikutus täysimetyksellä kotiutumiseen

Kaikista lisämaitoa viimeisen vuorokauden aikana saaneista lapsista tuttia käytti 33% (n = 101) ja rintakumia 17 % (n = 52). Sekä tuttia että rintakumia käytti 6 % (n = 19) lapsista. Lapsista, joilla oli käytössä tutti, rintakumi tai molemmat, kotiutui täysimetyksellä 27 %. Lapsista, joilla ei ollut käytössään tuttia tai rintakumia, kotiutui täysimetyksellä 55 %.

Kätilöopiston sairaalassa täysimetyksellä kotiutuneista lapsista tuttia käytti 13 % ja Naistenklinikalla 19 %. Toisaalta tarkasteltaessa kaikkia tuttia käyttäneitä lapsia, saivat heistä lisämaitoa viimeisen vuorokauden aikana 75 %, Kätilöopiston sairaalassa 61 % ja Naistenklinikalla 84 %. Tarkasteltaessa rintakumia käyttäneitä lapsia, kaikista lapsista lisämaitoa viimeisen vuorokauden aikana sai 68 %. Luvut sairaaloittain ovat Kos 63 % ja Nkl 74 %. Mikäli lapsella oli käytössään sekä tutti että rintakumi, sai kaikista heistä lisämaitoa viimeisen vuorokauden aikana 70 %, Kos 71 % ja Nkl 70 %.

Lapsista, jotka eivät käyttäneet tuttia eivätkä rintakumia, sai lisämaitoa viimeisen vuorokauden aikana 45 %, Kätilöopistolla 32 % ja Naistenklinikalla 66 %.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Työskentelyprosessin synnyttämät ajatukset

Opinnäytetyöprosessi (kuvio 8) käynnistyi tutustumalla ”Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen”-hankkeeseen, sen tavoitteisiin ja aikatauluun. Halusimme selvittää hankkeen lähtökohdat, jotta opinnäytetyön tavoite selkiytyisi. Tämän jälkeen perehdyimme hoitajille jaetun kyselylomakkeen tutkimiseen. Luokittelimme kysymykset tutkimusongelmittain (liite 4). Kysymysten luokittelun ja useaan kertaan läpikäymisen avulla meille hahmottui selkeä kuva tiedosta, jonka aineisto tarjoaa. Laadimme tässä vaiheessa myös alustavat muistiinpanot taulukoista, joita kenties tulemme aineistosta laatimaan.

Ideavaiheen seminaarin jälkeen tapasimme yhteistyökumppanimme sairaalasta. Heidän kanssaan pitämässämme palaverissa tarkentuivat sairaalan tarpeet ja näkemys tutkielman painopisteestä. Opinnäytetyön nimi alkoi hahmottua ja tätä kautta keskeinen tutkimusongelma: lisämaidon anto hoitajan päätöksentekona lapsivuodeosastolla.

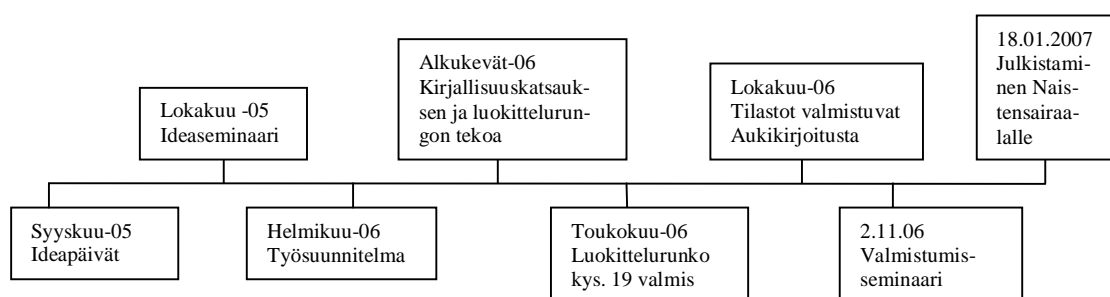
Tutkimusongelmien selkiytyttyä tiedonhaku helpottui huomattavasti. Osallistuimme kirjaston järjestämään tiedonhankinnan työpajaan, jossa saimme neuvoja tiedonhaun etsintään. Tutkielman runkoa varten saimme apua opinnäytetyön parissa työskenteleville järjestetystä työsuunnitelmapajasta, jonka jälkeen laadimme tutkielman johdannon, tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen sekä kirjallisuuskatsauksen.

Luokittelurungon laadinta oli mielenkiintoinen prosessi; hoitajien vastauksien lukeminen herätti paljon keskustelua ja pohdintaa. Aikaisemmin suorittamamme opintoihin kuuluva sisällön analyysi -opintojakso auttoi luokittelurungon laadinnassa ja luokitteluprosessi eteni ongelmitta. Luokittelurungon saimme valmiiksi loppukevästä 2006.

Tilastoajat myöhästyivät meille alkuun luvatusa touko- ja elokuusta, jonne oli lukujärjestyksessä varattu aikaa opinnäytetyön tekoon. Tilastoajat saimme vihdoinkin lokakuussa 2006, jolloin pääsimme työstämään niitä tiukassa aikataulussa. Kiireestä huolimatta työ

eteni ja saimme pian ensimmäiset tulokset, jotka pystyimme esittämään valmistumisvaiheen seminaarissa.

Seminaarissa heräsi ajatus siitä, että voisimme raportoida tulokset osittain lapsivuodeosastoittain, ja näin sisällyttää työhön myös opinnäytetyön toisen vaiheen. Teimme tästä kirjallisen ehdotuksen, joka hyväksyttiin. Loppuvuoden 2006 viimeistelimme työtä ja aukikirjoitimme osastokohtaista tilastotietoa. Valmiin työn palautimme heti tammikuun alussa 2007.



KUVIO 8. Työskentelyprosessin vaiheet

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen laatua ja luotettavuutta mitataan kahdella asialla: validiteetilla ja reliabilitteetilla. Näistä muodostuu mittarin kokonaisluotettavuus. Luotettavuutta tarkasteltaessa voidaan myös poissulkea sitä alentavia virheitä arvioimalla satunnaisvirheiden ja systemaattisten virheiden mahdollisuutta. (Heikkilä 2001: 185.) Tutkimustulosten luotettavuudessa huomion tulee kiinnittyä kahteen seikkaan; siihen, miten hyvin tulokset vastaavat todellisuutta ja siihen, saadaanko tutkimusongelmiin vastaukset (Erätuuli ym. 1994: 98).

Tutkimustiedon validius eli pätevyys tarkoittaa karkeasti määritellen sitä, että systemaattinen virhe puuttuu. Kyselymittarin tulee mitata sitä, mitä sen on tarkoitus selvittää; kyselyllä tulee saada vastaus tutkimusongelmiin. Validiutta on vaikea tarkastella jälkikäteen. (Heikkilä 2001: 29.) Tutkimuksen luotettavuutta, etenkin validiteettia arvioidessamme suurena vaikeutena oli se, että emme olleet itse laatineet kyselymittaria. Meillä ei ollut tiedossa millaisiin tutkimuskysymyksiin mittarin laatija halusi vastaukset, vaan

laadimme itse tutkimusongelmat mittariin perustuen. Mittari antoi vastaukset tutkimusongelmiimme, eli validiteetti toteutui.

Reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa tulosten tarkkuutta, sitä että tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Aineiston otoksen tulee olla riittävän suuri ja tulosten tulee olla satunnaisvirheistä vapaa. (Heikkilä 2001: 29 - 30.) Reliabiliteetin voidaan nähdä ilmevän muun muassa tutkimusmenetelmien oikeaoppisena käyttämisenä, niiden hallitsemisena sekä tulkintojen johdonmukaisuutena (Krause - Kiikkala 1996: 72). Tämän opinnäytetyön reliabiliteettia lisää suuri otoskoko ($n = 619$) ja otoksen edustavuus. Satunnaisvirheitä on löytynyt muutamia, jotka on korjattu.

Sisällön analyysin luotettavuutta pohdittaessa pätevät samat perusperiaatteet kuin muusakin tieteellisessä tutkimuksessa. Luokittelijan subjektiivinen näkemys vaikuttaa tietojenkeruun luotettavuuteen. Analyysi ja sen tulokset on pyrittävä saamaan mahdollisimman riippumattomiksi analyysin suorittajasta. Pyrimme vähentämään riippuvuutta lukemalla aineiston läpi kolmeen kertaan ennen luokittelua. Luokat pyrittiin muodostamaan siten, että niitä käyttäen sattumanvaraisuus tiedoissa väheni. Mitä vähemmän sattumanvaraisuus vaikuttaa tietoihin, sen korkeampi on reliabiliteetti. (Pietilä 1973: 234 - 235.) Validiutta tarkasteltaessa huomiodaan, vastaavatko tiettyä sisältöluokkaa ilmaisevat alkiot, eli tässä työssä sanat tai lause, todella sitä ilmiötä, jota sen katsotaan edustavan (Pietilä 1973: 248).

Sisällön analyysissä kysymyksen 19 vastauksista käytettiin ainoastaan ilmisältöjä. Piilosisältöjen tulkinnoista mahdollisesti aiheutuva epäluotettavuus jäi näin ollen puuttumaan. Avokysymys ”Miksi terve vastasyntynyt tarvitsee mielestäsi lisämaitoa” olisi mielestämme ollut parempi kysyä muodossa: ”Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, niin perustele, miksi terve vastasyntynyt...?”. Nyt kysymyksen 18 ja avokysymyksen 19 välillä oli tiettyä epäjohdonmukaisuutta; hoitaja on saattanut kysymyksessä 18 vastata, että hänen mielestään terve vastasyntynyt ei tarvitse lisämaitoa. Silti avokysymyksessä 19 hän on saattanut luetella monia syitä, miksi lisämaitoa on syytä antaa. Meille jäi paikoin tunne, että hoitaja on kenties ajatellut kysymyksen 18 olevan ”yleinen” ja avokysymyksen 19 koskevan vain kyseistä lasta.

Jäimme pohtimaan, miten työn luotettavuuteen vaikuttaa se, että jotkut kohdat lomakkeessa on jätetty täyttämättä. Samoin ristiriitaiset vastaukset taulukossa 21 mietityttivät meitä; lisämaidon annon perusteeksi oli kirjattu esimerkiksi ”äidin tai isän toive” ja lisätiedoksi kohtaan ”Miksi?” oli kirjattu lapsen matala verensokeri. Ihmettelimme, olisivatko vanhemmat osanneet tämän perusteella itse pyytää lisämaidon. Tai miksei hoitaja perustellut lisämaidon antoa osaston kirjallisella hoito-ohjeella?

Tutkimus on toteutettu tutkimustyön eettisten periaatteita kunnioittaen (Helsingin julistus 2006). Tulosten raportoinnissa olemme pyrkineet toimimaan puolueettomasti ja välttämään vastakkain asettelua sairaaloiden tai osastojen kesken.

7.3 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Hienoista epätäsmällisyyttä tulosten tarkastelussa tuo se, että sairaala- ja osastokohtaiset tiedot puuttuivat osasta lomakkeita. Johtopäätökset tutkimusongelmien osalta on tehty koko aineiston käsittävien tulosten pohjalta. Sairaalakohtaiset merkittävyyserot on nähtävissä taulukoissa 6 ja 7.

7.3.1 Lisämaidon antoon yhteydessä olevat taustatekijät

Lisämaidon antoa lapsivuodeosastoilla lisäsi äidin raskauden aikainen hoito äitiyspoliklinikalla tai antenataaliosastolla, äidin saama erityishoito synnytyksen jälkeen, lapsen tarvitsema erityishoito synnytyksen jälkeen sekä lapselta otetut veri- ja virtsanäytteet. Synnytystavalla todettiin yhteys lisämaidon antoon siten, että epäsäännölliset synnytykset (imukuppi/elekt. sektio/muu sektio) lisäsivät lisämaidon antoa. Synnytystavalla on aiemmissa tutkimuksissa todettu merkitystä; keisarileikkauksen on todettu lisäävän lisämaidon antoa (Hannula 2003: 70 - 71; Howard 2003: 514).

Ihokontaktin toteutumisella ja ajankohdalla oli yhteyttä lisämaidon antoon. Ihokontakti toteutuessaan välittömästi syntymän jälkeen lisäsi lapsen mahdollisuutta tulla täysimeteityksi. Viivästynyt ihokontakti lisäsi lisämaidon antoa. Ihokontaktin kestolla havaittiin merkitystä lisämaidon antoon; lyhyemmässä ihokontaktissa olleille lapsille annettiin to-

dennäköisemmin lisämaitoa. Nämä tulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia ihokontaktin merkityksestä imetykselle (Anderson ym. 2006: 6; Hannula 2003: 70; Immonen 1996: 23; Mikiel-Kostyra - Mazur - Boltrusko 2002: 1288; Vaidya - Sharma - Dhungel 2005: 139).

Ensi-imetyksen ajankohdalla oli huomattava yhteys lisämaidon antoon. Jos lapsi oli rinnalla alle tunnin ikäisenä, oli hänellä pienempi todennäköisyys saada lisämaitoa, kuin yli tunnin ikäisenä rinnalla olleella lapsella. Mitä enemmän ensi-imetys viivästy, sen suuremmaksi muodostui lisämaitoa saaneiden lasten osuus. Myös ensi-imetyksen onnistumiseen havaittiin yhteys; mitä paremmin ensi-imetys sujui, sen vähemmän lisämaitoa annettiin. Tutin ja/tai rintakumin käytöllä oli merkittävä yhteys lisämaidon antoon. Tuttia ja/tai rintakumia käyttäneet lapset saivat useammin lisämaitoa. Samankaltaisiin tuloksiin on myös Hannula (2003) päätenyt väitöskirjassaan.

Jos hoitaja oli vastannut myöntävästi kysymykseen ”Tarvitseeko terve vastasyntynyt mielestäsi lisämaitoa?”, oli lapsella suurempi todennäköisyys saada lisämaitoa, kuin jos vastaus olisi ollut kielteinen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on hoitajien asenteilla todettu olevan merkitystä lisämaidon antoon (Bernaix 2000: 207; DiGirolamo - Grummer-Strawn - Fein 2003: 96; Taveras ym. 2004: 288 - 289; Pantazi - Jaeger - Lawson 1998: 295). Mielestämme edellä mainitun kysymyksen perusteella ei kuitenkaan voida luotettavasti arvioida hoitajien asenteita lisämaidon antoa kohtaan. Pohdimme, että monella hoitajalla voi olla erilaiset käsitykset terveestä/sairaasta vastasyntyneestä; kysymyksen asetteluun olisi tullut kiinnittää enemmän huomiota.

TAULUKKO 6. Taustatekijöiden yhteys lisämaidon antoon.

| Taustatekijä | Kaikki p-arvo | Kos p-arvo | Nkl p-arvo | Kys. vastanneet (n=koko/Kos/Nkl) |
|---|---------------|------------|------------|----------------------------------|
| Äidin ennen rask. todettu perussairaus | 0.1257 | 0.0785 | 0.8746 | 592/ 303/ 288 |
| Äidin raskauden aikainen hoito äpkl/antenataalios. | 0.0031 | 0.001 | 0.5105 | 581/ 298/ 282 |
| Pariteetti ensi-/monisyntynyt | 0.1359 | 0.0952 | 0.2484 | 591/ 303/ 287 |
| Synnytystapa | 0.0007 | 0.0026 | 0.0523* | 588/ 303/ 284 |
| Äidin erityishoito synnytyksen jälkeen | <.0001 | <.0001 | 0.0192 | 592/ 303/ 288 |
| Ihokontaktin toteutuminen | 0.0042 | 0.0136 | 0.2923 | 574/ 300/ 273 |
| Ihokontaktin ajankohta | 0.0064 | 0.0013 | 0.3265 | 528/ 286/ 241 |
| Ihokontaktin kesto | <.0001 | <.0001 | 0.7667 | 482/ 267/ 214 |
| Ensi-imetyksen ajankohta | <.0001 | 0.0006 | 0.0453* | 559/ 296/ 262 |
| Ensi-imetyksen onnistuminen | 0.0039* | 0.0102* | 0.3739* | 546/ 295/ 250 |
| Lapsen erityishoito synnytyksen jälkeen | <.0001 | <.0001 | 0.0021 | 592/ 303/ 288 |
| Lapselta otetut veri-/ virtsanäytteet | <.0001 | <.0001 | 0.1149 | 543/ 286/ 256 |
| Hoitajan mielipide ”tarvitseeko terve vastasyntynyt mielestäsi lisämaitoa?” | <.0001 | 0.0014 | 0.5815 | 464/ 258/ 205 |
| Käytössä tutti ja/tai rintakumi | <.0001 | <.0001 | <.0001 | 539/ 284/ 254 |

* ei välttämättä luotettava; esim. vastauskato suurehko

Tässä työssä lisämaidon antoon ei havaittu merkittävää yhteyttä äidin ennen raskautta todetulla perussairaudella eikä pariteetilla. Pariteetin suhteen tulos on ristiriitainen; Howardin (2003: 514) ja Hannulan (2003: 70-71) tutkimuksissa ensisynnyttäjäyys edisti lisämaidon antoa.

7.3.2 Täysimetyksellä kotiutumiseen yhteydessä olevat taustatekijät

Tilastollisesti merkittävät yhteydet täysimetyksellä kotiutumiseen todettiin olevan synnytystavalla, äidin saamalla erityishoidolla synnytyksen jälkeen, ihokontaktin kestolla, ensi-imetyksen ajankohdalla, lapsen tarvitsemalla erityishoidolla synnytyksen jälkeen sekä hoitajan mielipiteellä siitä, tarvitseeko terve vastasyntynyt lisämaitoa.

Täysimetyksellä kotiutumista edistäviä tekijöitä todettiin olevan ihokontaktin pidempi kesto sekä ensi-imetyksen varhainen ajankohta. Tulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia; Mizuno ym. totesivat myös tutkimuksessaan (2004: 1640) ihokontaktin pidemmän keston edistävän täysimetystä. Myös se, että äiti ei tarvinnut erityishoitoa synnytyksen jälkeen, edisti täysimetyksellä kotiutumista. Hoitajan mielipiteellä lisämaidon annosta oli merkittävä yhteys; jos hoitaja oli sitä mieltä, että terve vastasyntynyt ei tarvitse lisämaitoa, edisti tämä täysimetyksellä kotiutumista.

Synnytystavan yhteys täysimetyksellä kotiutumiseen ilmeni siten, että epäsäännöllinen synnytys, etenkin elektiivinen sektio haittasi täysimetyksellä kotiutuminen. Samankaltaiset tulokset ovat saaneet myös Hannula (2003: 70-71) ja Howard (2003: 514). Lapsen synnytyksen jälkeinen erityishoito ja ensi-imetyksen viivästyminen yli 2 tunnin päähän synnytyksestä haittasivat täysimetyksellä kotiutumista. Myös Hannula (2003: 70) on todennut, että ensi-imetyksen viivästyminen haittaa täysimetystä. Tutin ja/tai rintakumin käytön yhteys täysimetyksellä kotiutumiseen on merkittävä; tuttia ja/tai rintakumia käyttäneet lapset kotiutuivat täysimetyksellä harvemmin.

Äidin ennen raskautta diagnosoiduilla perussairauksilla, äidin raskauden aikaisella hoidolla, pariteetilla, ihokontaktin toteutumisella ja sen ajankohdalla, ensi-imetyksen onnistumisella sekä lapselta otetuilla veri- tai virtsanäytteillä ei havaittu merkittävää tilastollista yhteyttä täysimetyksellä kotiutumiseen.

TAULUKKO 7. Taustatekijöiden yhteys täysimetyksellä kotiutumiseen.

| Taustatekijä | Kaikki p-arvo | Kos p-arvo | Nkl p-arvo | Kysymykseen vastanneet (n=koko/Kos/Nkl) |
|---|---------------|------------|------------|---|
| Äidin ennen rask. todettu perussairaus | 0.0900 | 0.1991 | 0.4347 | 557/ 293/ 263 |
| Äidin raskauden aikainen hoito äpkl/antenataalios. | 0.0686 | 0.0116 | 0.8884 | 547/ 289/ 257 |
| Pariteetti ensi-/monisyntyttävä | 0.1999 | 0.8123 | 0.2669 | 557/ 293/ 263 |
| Synnytystapa | 0.0011* | 0.0023 | 0.0128* | 553/ 293/ 259 |
| Äidin erityishoito synnytyksen jälkeen | <.0001 | 0.0002 | 0.2571 | 557/ 293/ 263 |
| Ihokontaktin toteutuminen | 0.2651 | 0.1161 | 0.6949 | 540/ 291/ 248 |
| Ihokontaktin ajankohta | 0.5043 | 0.1250 | 1.0000 | 507/ 279/ 227 |
| Ihokontaktin kesto | <.0001 | <.0001 | 0.3379 | 465/ 261/ 203 |
| Ensi-imetyksen ajankohta | <.0001* | 0.0002 | 0.3142* | 528/ 286/ 241 |
| Ensi-imetyksen onnistuminen | 0.0969* | 0.0243* | 0.9376* | 520/ 286/ 233 |
| Lapsen erityishoito synnytyksen jälkeen | <.0001 | 0.0064 | 0.0703 | 557/ 293/ 263 |
| Lapselta otetut veri-/ virtsanäytteet | 0.1102 | 0.0501 | 0.3076 | 515/ 277/ 237 |
| Hoitajan mielipide "tarvitseeko terve vastasyntynyt mielestäsi lisämaidon?" | 0.0063 | 0.0036 | 1.0000 | 442/ 251/ 190 |
| Käytössä tutti tai rintakumi | <.0001 | <.0001 | 0.0109 | 536/ 281/ 254 |

* ei välttämättä luotettava; esim. vastauskato suurehko

7.3.3 Yleistä pohdintaa tuloksista

Kummassakin sairaalassa vastasyntyneet saivat olla ihokontaktissa välittömästi syntymänsä jälkeen yli 80 %:sti. Tämä osoittaa mielestämme sen, että synnytyssaleissa ollaan voimakkaasti sitouduttu tähän hoitokäytäntöeseen, joka on WHO:n suositusten mukainen. Kättilöopistolla vastasyntyneet olivat yli puolessa (77 %) tapauksista ihokontaktissa yli tunnin. Tämä saattaa merkitä sitä, että perheelle annetaan aikaa olla rauhassa synnytyksen jälkeen, eikä kiireen anneta vaikuttaa hoitotoimenpiteisiin. Tällä on suurta merkitystä, sillä ihokontaktin pidemmällä kestolla on yhteys täysimetyksen onnistumiseen. Kummassakin sairaalassa ensi-imetys tapahtui yli puolessa tapauksista alle tunnin kuluessa synnytyksestä. Myös tämä on suositusten mukainen käytäntö, ja siitä tulee pitää kiinni. Ensi-imetys myös onnistui hyvin yli 70%:lla lapsista molempien sairaaloiden osalta. Mitään suurta eroa äitien ja lasten terveydentilan välillä sairaaloittain ei ollut havaittavissa aineiston osalta, joten olisimme olettaneet lisämaidon antokäytänteiden olevan myös yhteneväiset. Tässä asiassa on kuitenkin erityisesti lapsivuodeosastojen välillä suuria eroavaisuuksia. Kättilöopiston aineistossa Haikaranpesä vaikuttaa tilastollisesti paljon, sillä siellä peräti 85 % lapsista täysimetettiin.

Lisämaidon annon tulisi mieluiten perustua kirjalliseen hoito-ohjeeseen tai lääkärin määräykseen. Näin ei kuitenkaan suurimmassa osassa tapauksista ole. Ainoastaan kahdella lapsivuodeosastolla, osastolla 5 ja 6, yleisin peruste lisämaidon annolle oli lääkärin määräys. Valtaosassa tapauksista äidin ja isän toive oli lisämaidon annon peruste. Pohdimme tätä paljon; kyseessä on erittäin herkkä alue ja hoitajilta vaaditaan todella

hienotunteista suhtautumista uusiin vanhempiin. Ei ole helppoa kieltää lisämaidon antoa, jos vanhemmat haluavat lisäruokaa vauvalleen antaa. Meidän tulisikin pohtia, kuinka perustelisimme vanhemmille hoitokäytäntöemme selkeämmin. Mutta itsemääräämisoikeutta emme vanhemmilta voi kuitenkaan viedä; kaikki eivät halua ja voi imettää.

7.4 Kehittämisehdotukset lapsivuodeosastoille ja haasteet jatkotutkimukselle

Valtaosa hoitajista oli sitä mieltä, ettei terve vastasyntynyt tarvitse lisämaitoa. Mielestämme olisi tällöin johdonmukaista, että lisämaidon anto perustuisi kirjalliseen hoito-ohjeeseen tai lääkärin määräykseen. Kuitenkin lisämaidon anto perustui valtaosin äidin ja isän toiveeseen tai hoitajan itsenäiseen päätöksentekoon. Hoitajan itsenäinen päätöksenteko silloin, kun syyksi on mainittu osaston kirjallinen hoito-ohje, on riittävä peruste lisämaidon annolle. Yleisimmin syynä lisämaidon annolle mainittiin kuitenkin rintoihin ja maidoneritykseen liittyvät ongelmat eivätkä suinkaan lääketieteelliset syyt.

Mielestämme, jos lisämaidon annon syynä on esimerkiksi rintoihin ja maidoneritykseen liittyvät ongelmat, olisi ennen lisämaidon antoa mietittävä, voisiko tilanteen välttää hoitotyön intervention avulla. Uskomme, että jos esimerkiksi tällaisessa tilanteessa äidin kanssa käytäisiin läpi oikea imuote ja kerrottaisiin maidoneritykseen liittyviä tärkeitä asioita, voitaisiin monessa tilanteessa välttyä lisämaidon annolta. Kuitenkin jos vanhemmat tekevät päätöksen lisämaidon annosta, tulee hoitajan varmistaa, että vanhemmilla on riittävä ja asianmukainen tieto päätöksenteon taustalla. Kuten myös Leino-Kilpi (1990: 108) tutkimuksessaan toteaa, tulisi hoitoa koskevan päätöksenteon olla eettisesti kestävä. Haasteena jatkotutkimukselle olisi selvittää äitien saamaa imetysohjausta ja sen yhteyttä lisämaidon antoon. Tieto olisi saatavilla äiti-aineistosta, joka liittyy samaan selvitykseen kuin tämä opinnäytetyö. Erityisesti tulevaisuudessa tulisi aineistojen yhdistämistä hyödyntää, ja siten saada lisäselvitystä lisämaidon annon syihin ja perusteisiin.

Kyselylomakkeella oli tarkoituksena myös selvittää hoitajien asenteita lisämaidon antoon. Aiempien tutkimusten mukaan hoitajien antamalla imetysohjauksella ja positiivisella asenteella imetysohjauksen tärkeyteen on todettu olevan yhteys täysimetyksellä kotiutumiseen (Hannula 2003: 107; Labarere ym. 2003: 83; Taveras ym. 2004: 288-

289). Avokysymyksen ”Miksi terve vastasyntynyt tarvitsee mielestäsi lisämaidon?” oli tarkoitus antaa tietoa hoitajien asenteista. Mielestämme vastaukset kuvasivat kuitenkin enemmän yleisiä perusteluja lisämaidon antoon kuin asenteita. Avokysymyksellä on todennäköisesti haluttu saavuttaa tietty luotettavuus ja löytyä mahdollisesti uusia luokkia perusteena lisämaidon annolle. Ongelmaksi muodostui vähäinen vastausinto. Jatkossa olisikin tehtävä selvitys, joka kohdistuu yksinomaan hoitajien asenteisiin ja toteutettaisiin avokysymysten sijaan suljettujen kysymysten avulla (esim. likert-asteikolla). Lisäksi tulisi selvittää hoitajien mahdollinen imetysohjauskoulutus ja sen yhteys lisämaidon antoon. Myös yhteistyötä koulun ja sairaalan välillä voisi kehittää siten, että esimerkiksi imetysohjaajakoulutukseen liittyen sairaalassa olisi viikottaiset, ei ainoastaan käytännön harjoittelujakson lomassa tapahtuvat, opiskelijoiden pitämät ohjaustuokiot synnyttäneille perheille. Käytännöllä vahvistettaisiin vanhempien selviytymisen ohella myös opiskelijoiden ammattitaitoa ja valmiuksia tulevaan työhön.

Työssämme kävi ilmi täysimetyksen ja täysimetyksellä kotiutumisen toteutumisen vaihtelu sairaaloittain ja osastoittain. Tulokset osoittivat, että yksittäisen hoitajan arvoilla ja toimintatavoilla on merkittävä vaikutus; todellinen muutos lähtee yksilötasolta. Tavoitteena tulisi taata kaikille vastasyntyneille koko Suomessa mahdollisuus tulla täysimetyksi, riippumatta syntymäsairaalarasta ja -paikkakunnasta. Kätilökoulutuksessa tätä periaatetta tulisi painottaa; arvojen ja toimintatapojen omaksuminen kehittyy jo opiskeluaikana. Kätilöopiskelijat ovatkin tärkeässä asemassa, sillä heillä on mahdollisuus ja mielestämme myös velvollisuus toteuttaa tulevassa työssään näyttöön perustuvaa hoitotyötä.

LÄHTEET

- Ahonen, Pia – Hupli, Maija – Lauri, Sirkka 1995: Päätöksenteko synnyttäjän hoidossa. Synnyttäjien ja kätilöiden käsityksiä. Hoitotyön julkaisusarja A:14. Turun yliopistollinen keskussairaala.
- Anderson, G. C. - Moore, E. - Hepworth, J. - Bergman, N. 2006: Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. The Cochrane collaboration. The Cochrane library, issue 3.
- Bernaix, Laura 2000: Nurses' attitudes, subjective norms, and behavioral intentions toward support of breastfeeding mothers. *Journal of Human Lactation* 16 (3). 201- 209.
- Cox, Suzanne - Turnbull, Cynthia 1998: Developing effective interactions to improve breastfeeding outcomes. *Breastfeeding Review* 6 (2). 11-22.
- Cup and finger feeding of breast milk. 2003. National association of neonatal nurses. Verkkojulkaisu. < <http://www.nann.org/files/public/3017.doc>>. Luettu 23.3.2006.
- DiGirolamo, Ann M. - Grummer-Strawn, Laurence M. - Fein, Sara B. 2003: Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? *Birth* 30 (2). 94-100.
- Ekström, Anette - Widström, Ann-Marie - Nissen, Eva 2003: Duration of breastfeeding in swedish primiparous and multiparous women. *Journal of Human Lactation* 19 (2). 172-178.
- Erätuuli, Matti – Leino, Jarkko – Yli-Luoma, Pertti 1994: Kvantitatiiviset analyyssimetelmät ihmistieteissä. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Gagnon, Anita J. - Leduc, Guylane - Waghorn, Kathy - Yang, Hong - Platt, Robert W. 2005: In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborn. *Journal of Human Lactation* 21 (4). 397-405.

Glover, Jacki 1995: Supplementation of breastfeeding newborns: A flow chart for decision making. *Journal of Human Lactation* 11 (2). 127-131.

Goldstein-Ferber, Sari – Makhoul, Imad 2004: The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of term newborn: A randomized, controlled trial. *Pediatrics* 113 (4). 858-865.

Hannula, Leena 2003: Imetysnäkömökset ja imetyksen toteutuminen. Suomalaisten synnyttäjien seuranta tutkimus. Väitöskirja. Turku: Turun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Hannula, Leena 2005: Näyttöön perustuva kätilötyö –hankesuunnitelma. Naistensairaalan ja Stadian yhteistyöhanke.

Hasunen, Kaija 2002: Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2000. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:12. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Helsinki: Edita Prima Oy .

Hasunen, Kaija - Ryynänen, Sanna 2006: Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:19. Helsinki: Sosiaali- ja Terveysministeriö.

Heikkilä, Tarja 2001: Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Oy Edita Ab.

Helsingin julistus. Suomen lääkäriliitto. Verkkodokumentti. Päivitetty 3.1.2006. <<http://www.laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistu.html>>. Luettu 7.11.2006.

Hirsijärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 1997: Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Howard, Cynthia – Howard, Fred – Lanphear, Bruce – Eberly, Shirley – deBlieck, Elisabeth – Oakes, David – Lawrence, Ruth 2003: Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breast-feeding. *Pediatrics* 11(3). 511-518.

Immonen, Tiina 1996: Kättilöiden käsityksiä vastasyntyneen hyvästä syntymäkokemuksesta. Tutkielma. Kuopio: Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kalam-Salminen Ly 2005: Hoidon laatu lapsivuodeosastoilla Suomessa ja Virossa. Väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Kettunen, Tarja - Karhila, Päivi - Poskiparta, Marita 2002: Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 5 (14). 213-222.

Korppoo, Maijaleena 1995: Äitien kokemuksia sairaalasyntymyksen aikaisesta hoitotyöstä. Tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kramer, M. - Barr, R. - Dagenais, S. - Yang, H. - Jones, P. - Ciofani, L. - Jané, F. 2001: Pacifier use, early weaning and cry/fuss behavior. *The Journal of the American Medical Association* 286 (3). 322-326.

Krause, Kaisa - Kiikkala, Irma 1996: Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Kirjayhtymä.

Labarere, J. - Castell, M. - Fourny, M. - Durand, M. - Pons, J-C. 2003: A Training program on exclusive breastfeeding in maternity wards. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 83 (1). 77-84.

- Lanting, Caren I. - Van Wouwe, Jacobus P. - Reijneveld, Sijmen A. 2005: Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. *Acta Paediatrica* 94 (7). 935-942.
- Lauri, Sirkka – Eriksson, Elina – Hupli, Maija 1998: Hoidollinen päätöksenteko. Juva: WSOY.
- Leino-Kilpi, Helena 1990: Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. Lääkintöhallituksen julkaisuja 163. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Merten, S. - Dratva, J. - Ackermann-Liebrich, U. 2005: Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 116 (5). 702-708.
- Mikiel-Kostyra, K. - Mazur, J. - Boltruszko, I. 2002: Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica* 91 (12). 1288-1289.
- Miettinen-Jaakkola, Aila 1992: Nainen naiselle: luonnollinen syntymä. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Mizuno, K – Mizuno, N – Shinohara, T – Noda, M 2004: Mother-infant skin to skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatrica* 93 (12). 1640-1645.
- Oksanen-Mäkelä, Maria – Hupli, Maija 1998: Käsiteanalyysi ”Hoitaja potilaan edustajana”-käsitteestä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:21. Turun yliopisto. Turku: Unipaps.

Pantazi, M. - Jaeger, M. C. - Lawson, M. 1998: Staff support for mothers to provide breast milk in pediatric hospitals and neonatal units. *Journal of Human Lactation* 14 (4). 291-296.

Pietilä, Veikko 1973: Sisällön erittely. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab

Puhakka, Pirjo 1996: Sairaanhoitajien ja kättilöiden käsitykset vastuullisen päätöksenteon edellytyksistä hoitotyössä. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Righard, Lennart 1998: Are the breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth* 25 (1). 40-43.

Savolainen, Irja 1988: Kättilön työhön liittyvät arvostukset ja hoitomenetelmät synnytyksen aikana. Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen laitos.

Schubiger, G. – Schwarz, U. – Tönz, O. 1997: UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? *European Journal of Pediatrics* 156 (11). 874-877.

Styrman, Menita - Leino-Kilpi, Helena 1993: Synnyttäjän hyvä hoito säännöllisessä synnytyksessä ensisynnyttäjän kokemana. Hoitotyön julkaisusarja A:1. Turku: Turun yliopistollinen keskussairaala.

Taveras, EM - Li, R - Grummer-Strawn, L - Richardson, M - Marshall, R - Rego, VH - Miroshnik, I - Lieu, TA. 2004. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*. 2004 Apr;113(4). 283-290.

Vaidya, K. - Sharma, A. - Dhungel, S. 2005: Effect of early mother-baby close contact over the duration of exclusive breastfeeding. Nepal Medical College Journal 7 (2). 138-140.

Vauvan ruokailua. 2005. Helsingin kaupunki. Verkkodokumentti. Päivitetty 27.7.2005. <http://www.hel2.fi/terveyskeskus/suomi/palvelut/lna_vauvan_ruokailu.html> . Luettu 23.1.2006.

WHO 1998. Evidence for the ten steps to succesful breastfeeding. Geneva.

WHO 2003. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva.

The World Health Organization's infant feeding recommendation. Verkkodokumentti. <http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/index.html>. Luettu 25.5.2006.

Ten Steps to Successful Breastfeeding

Every facility providing maternity services and care for newborn infants should:

1. Have a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health care staff.
2. Train all health care staff in skills necessary to implement this policy.
3. Inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding.
4. Help mothers initiate breastfeeding within half an hour of birth.
5. Show mothers how to breastfeed, and how to maintain lactation even if they should be separated from their infants.
6. Give newborn infants no food or drink other than breast milk, unless medically indicated.
7. Practise rooming-in - that is, allow mothers and infants to remain together - 24 hours a day.
8. Encourage breastfeeding on demand.
9. Give no artificial teats or pacifiers (also called dummies or soothers) to breastfeeding infants.
10. Foster the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to them on discharge from the hospital or clinic.

Source: *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services*, a joint WHO/UNICEF statement published by the [World Health Organization](#).

HUS/ Naistensairaala
"synnyttäneen perheen kotona selviytyminen" – selvitys

LOMAKKEEN NRO _____

KYSELYLOMAKE HOITAJILLE, SYNNYTYSSALI (kysymykset 1-11, 13,14) JA LAPSIVUODEOSASTO

SYNNYTYSSARAALA (NKL/KOS): _____ LAPSIVUODEOSASTO _____

Kun äiti siirtyy lapsivuodeosastolle tai kotiin, lue lomake läpi ja varmista, että olet täyttänyt lomakkeen huolellisesti!

Vastaa seuraaviin kysymyksiin rengastamalla yksi oikea vaihtoehto. Joissakin kysymyksissä Sinua pyydetään rengastamaan tarvittaessa useampi vaihtoehto.

ÄIDIN TAUSTATIEDOT

1. Onko äidillä **ennen raskautta** diagnosoituja perussairauksia? Mitä? Rengasta tarvittaessa useampi vaihtoehto.

1. ei ole
2. verenpainetauti
3. diabetes
4. tuli- ja liikuntauelinten sairaudet
5. psyykkinen sairaus
6. päihteiden väärinkäyttö
7. muu _____

2. Onko äiti raskauden aikana ollut hoidossa äitiyspoliklinikalla tai antenataaliosastolla?

1. ei ole
2. on

3. Raskaudenaikainen hoito äitiyspoliklinikalla tai antenataaliosastolla.

| Raskaus- viikot | Lähettämisdiagnoosi (Katso neuvolan/ lääkärin lähetteestä.) | Hoitodiagnoosi synnytyssairaalassa | Hoitopaikka |
|--------------------|---|------------------------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

SYNNYTYS JA ÄIDIN HOITO SAIRAALASSA

4. Monesko synnytys tämä äidille oli? _____

5. Milloin lapsi syntyi? Pvm. _____ klo. _____

6. Mikä oli äidin synnytystapa?

1. Alatie synnytys
2. Avustettu alatiesynnytys (imukuppi-/ pihtisynnytys, perätilasynnytys)
3. Ennalta suunniteltu keisarileikkaus
4. Muu keisarileikkaus

7. Oliko lapsi ihokontaktissa äitinsä kanssa syntymänsä jälkeen?

1. oli
2. ei ollut

8. Milloin lapsi oli ihokontaktissa äitinsä kanssa syntymänsä jälkeen?

1. välittömästi syntymänsä jälkeen
2. myöhemmin, minkä ikäisenä? ____ h ____ min

9. Kuinka kauan ihokontakti kesti? ____ h ____ min.

10. Milloin lapsi oli ensimmäistä kertaa rinnalla?

1. < 1h:n iässä
2. 1-2 h:n iässä
3. > 2h iässä

11. Miten ensi-imetys onnistui?

1. lapsi imi hyvin
2. lapsi hamusi rintaa/ yritti imeä
3. lapsi ei imenyt

12. Tarvitsiko äiti erityishoitoa synnytyksen jälkeen? Mitä? Rengasta tarvittaessa useampi vaihtoehto.

1. **ei tarvinnut**
 2. hypovolemian korjaamiseen
 3. III- tai IV- asteen repeämän hoito
 4. synnytyksen jälkeinen infektio ja iv-hoito
 5. erityishoito mielenterveysongelmien vuoksi
 6. erityishoito päihteiden väärinkäytön vuoksi
 7. erityishoito insuliinihoidon diabeteksen vuoksi
 8. erityishoito raskaudenaikaisen pre eklampsian graviksen vuoksi
 9. muu erityishoito, mitä?
-

LAPSI JA LAPSEN HOITO SYNNYTYSSAIRAALASSA

13. Mitkä olivat raskausviikot lapsen syntyessä? ____ + ____ rv.

14. Mikä oli lapsen paino syntymähetkellä? Paino ____ g

15. Mitä erityishoitoa tai seurantaa lapsi tarvitsi synnytyksen jälkeen? Rengasta tarvittaessa useampi vaihtoehto.

1. **ei mitään**

2. erityisseuranta pienipainaisuuden vuoksi
3. erityisseuranta suuripainaisuuden vuoksi
4. erityisseuranta infektioepäilyn vuoksi
5. antibioottihoito
6. hoidettu hypoglykemia (ei riitä yksinomaan verensokeriseuranta)
7. verensokeriseuranta äidin diabeteksen tai poikkeavien verensokeriarvojen vuoksi
8. sinivalohoito
9. seuranta tai hoito äidin päihteidenkäytön vuoksi
10. lapsi ollut valvontaosastolla/ Lastenkliniikalla, miksi?

11. muu erityishoito, mikä?

16. Otettiin lapselta veri- ja virtsanäytteitä lapsivuodeosastolla?

1. Ei otettu

2. Otettiin

17. Lapselta otetut veri- ja virtsanäytteet lapsivuodeosastolla.

| Pvm. | Veri- tai virtsanäytteen nimi | Kuka teki päätöksen näytteenotosta? | Miksi näyte otettiin? Kuvaa lapsen vointi tai oire. | Seurasiko näytteenotosta jatkotoimenpiteitä? |
|------|-------------------------------|--|--|--|
| | | 1 – perustui lääkärin määräykseen 2 – lääkärin antamaan kirjalliseen hoito-ohjeeseen 3 – perustui hoitajan itsenäiseen päätöksentekoon | | 1 – ei seurannut 2 – seurasi, mitä? |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Pvm. | Veri- tai virtsanäytteen nimi | Kuka teki päätöksen näytteenotosta? (ks. edellinen sivu) | Miksi näyte otettiin? Kuvaa lapsen vointi tai oire. | Seurasiko näytteenotosta jatkotoimenpiteitä? 1 – ei seurannut 2 – seurasi, mitä? |
|------|-------------------------------|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

18. Tarvitseeko terve vastasyntynyt mielestäsi lisämaitoa synnytyssairaalassa?

1. Ei tarvitse
2. Tarvitsee

19. Miksi terve vastasyntynyt tarvitsee mielestäsi lisämaitoa synnytyssairaalassa?

20. Saiko vauva lisämaitoa lapsivuodeosastolla?

1. Ei saanut
2. Sai

21. Lisämaidon anto lapsivuodeosastolla.

| Pvm./ klo. | Mihin lisämaidon anto perustui? 1 perustui kirjalliseen hoito-ohjeeseen 2 perustui lääkärin määräykseen 3 perustui hoitajan itsenäiseen päätöksentekoon 4 perustui äidin tai isän toiveeseen | Miksi lisämaitoa annettiin? Kuvaa tilanne/ lapsen vointi/ lapsen tarve lisämaitoon kullakin antokerralla mahdollisimman hyvin. - Esim. kuvaa, mistä päättelet vauvalla olevan ”nälkä”. - Mikäli lisämaito annetaan vauvan painonlaskun vuoksi, kirjaa lomakkeeseen painonlaskuprosentti. |
|------------|--|---|
| Pvm./ klo. | | |
| | | |
| | | |

[illegible]

[illegible]

22. Miten vauva sai lisämaidon lapsivuodeosastolla?

1. Vain hörpyttämällä
2. Pullosta ja hörpyttämällä
3. Vain pullosta
4. Muuten, miten? _____

23. Oliko vauvalla lapsivuodeosastolla käytössä tutti ja/ tai rintakumi?

1. ei
2. tutti
3. rintakumi

24. Paljonko vauvalle annettiin lisämaidon yhteensä lapsivuodeosastolla? _____ ml

KOTIUTUMINEN

25. Annettiinko lapselle lisämaidon viimeisen 24h:n aikana sairaalassa ollessa?

1. Ei annettu
2. Annettiin

26. Milloin äiti ja lapsi kotiutuivat? Laske kotiutumisaikajankohda syntymäkellosta.

1. 24h:n kuluessa synnytyksestä
2. 36h:n kuluessa synnytyksestä
3. 48h:n (2 vrk:n) kuluessa synnytyksestä
4. 60h:n (2.5 vrk:n) kuluessa synnytyksestä
5. 72h:n (3 vrk:n) kuluessa synnytyksestä
6. 4 vrk:n kuluessa synnytyksestä tai myöhemmin

27. Paljonko lapsi painoi viimeisessä punnituksessa sairaalassa?

Pvm. _____ Klo. _____ Paino _____ g

28. Mitä perheen kanssa sovittiin jatkohoidosta ja seurannasta? Rengasta tarvittaessa useampi vaihtoehto.

1. Normaali neuvolaseuranta
2. Käynti lapsivuodeosastolla/ vain hoitajan vastaanotto
Minkä vuoksi? _____
Milloin? _____
3. Käynti lapsivuodeosastolla/ lastenlääkärin vastaanotto
Minkä vuoksi? _____
Milloin? _____
4. Kätilön/ lastenhoitajan soitto kotiin lapsivuodeosastolta
Minkä vuoksi? _____
Milloin? _____
5. Käynti Lasten- ja nuortensairaalassa
Minkä vuoksi? _____
Milloin? _____
6. Käynti lastenpoliklinikalla
Minkä vuoksi? _____
Milloin? _____
7. Muuta, mitä? _____

Kiitos yhteistyöstä ja vaivannäöstäsi!

**VASTASYNTYNEEN VERENSOKERISEURANTA JA LISÄRAVINNON TARVE
LAPSIVUODEOSASTOILLA****Verensokeriseuranta on aiheellinen seuraavilla oireettomillakin vastasyntyneillä (riskilapset):**

1. Ennenaikainen lapsi, alle 37 raskausviikkoa
2. Syntymäpaino alle 3000g tai yli 4500g
3. Kasvuhäiriöinen lapsi, alle -2SD tai yli +2SD
4. Äidillä insuliinihoitoinen diabetes tai gestatioidiabetes (laskimoplasman raja-arvot 5,1-10,0-8,7)
5. Asfyktinen lapsi; 1 min Apgarin pisteet alle 6 ja/tai napaPH alle 7.1
6. Kaksoiset, joiden kokoero on vähintään 500g
7. Vauvan plasman sokeri P-gluk alle 3.0 mmol/l

Verensokerin tutkiminen ja vastauksiin suhtautuminen:

- 1. verensokeri tutkitaan 2 - 4-6 tunnin iässä ensimmäisen laboratorionäytteenottoajan kohdalla.
- sen jälkeen 3 - 4 kertaa vuorokaudessa vähintään kahden ensimmäisen vuorokauden ajan, tarvittaessa kauemmin.
- Mikäli ensimmäinen P-gluk on 2.6 - 3.0, imetetään lasta tiheämmin, kahden - vähintään kolmen tunnin välein ja tarkastetaan P-glukoosi noin 4 tunnin kuluttua.
- Mikäli P-gluk on alle 2.6, lapselle annetaan lisämaitoa 10 ml/kg, ilmoitetaan vastauksesta lastenlääkärille ja tilataan kontrolliverensokeri.
- Mikäli verensokeri P-gluk on toistuvasti alle 3.0 riittävästä lisämaidosta huolimatta, on syytä aloittaa glukoosi-infuusio.

Vastasyntyneiden ravinnon tarve lapsivuodeosastoilla:

Vastasyntyneet syövät omaan tahtiin. Heidän ensisijainen ravintonsa on oman äidin maito. Nälkäinen vauva imetetään ensin. Jos ei auta, annetaan lisäravintoa joko pullosta, hörpyttämällä tai lusikalla. Riskilapselle (kts. yllä) aloitetaan ravinnon anto viimeistään kahden tunnin iässä ja jatketaan vähintään 3 tunnin välein, kunnes varmistutaan normaaleista verensokereista ja riittävästä ravinnonsaannista. Ensimmäisen vuorokauden nestehoitoannos on 60 ml maitoa /kg/vrk, joka voidaan jakaa 8 aterialle. Nestehoitoannos suurenee päivä päivältä. Lastenlääkäri määrää tarvittaessa lisämaidon määrän.

0 - 2 vuorokauden iässä lisäravintoa (yleensä) tarvitsevat lapset:

1. Kts. verensokeriseuranta eli riskilapset
2. Dysmatura vauva (kuiva, laiha, ihon kimmoisuus alentunut. Huom: seuraa virtsaamista. Ainakin kolmet märät vaipat vuorokaudessa)
3. Kuivanut lapsi eli painon pudotus 7% tai enemmän 0 - 2 vrk:n iässä.
4. Ns. kuivumalämpöä vauvalla. Muista infektioiden mahdollisuus.

>3 vuorokauden iässä lisäravintoa (yleensä) tarvitsevat lapset:

1. Paino laskenut 10% tai enemmän. Huomio erityis! Ilmoita painonlasku lastenlääkärille.
 2. Bilirubiini valohoitorajalla. (Tarkista painonlasku, lapsen syöminen ja maidon tulo.)
 3. Lämmön nousu. (Tarkista painonlasku, lapsen syöminen, maidon tulo ja erityis).
- Ilmoita lastenlääkärille
4. Syöttöpunnitus alle 35g (toistuvasti).
 5. Vauva imee poikkeavan huonosti. Näytä lastenlääkärille syyn selvittämiseksi.

Martin Renlund
Osastonylilääkäri

Anna-Liisa Järvenpää
Ylilääkäri

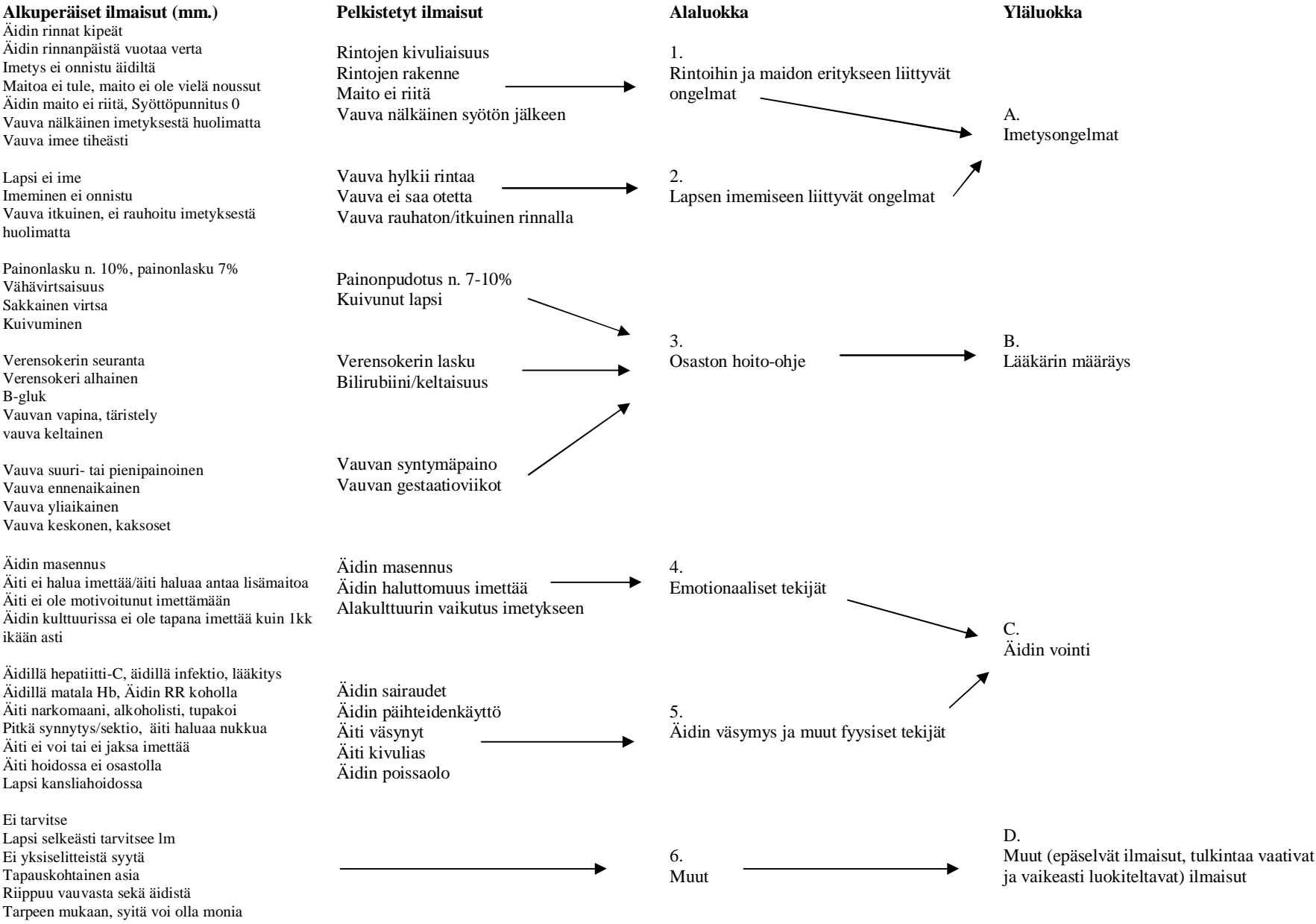
Jari Petäjä
Osastonylilääkäri

”LISÄMAIDON ANTO HOITAJAN PÄÄTÖKSENTEKONA LAPSIVUODEOSASTOLLA

KYSELYLOMAKKEEN LUOKITTELU TUTKIMUSONGELMITTAIN

| Tutkimusongelma | Ongelmaan liittyvät kyselylomakkeen kysymykset |
|---|--|
| 1. Miten vastasyntyneen hoito ja ruokinta toteutuvat synnytyssairaalassa? | 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28 |
| 2. Mitkä tekijät vaikuttavat lisämaidon antoon vastasyntyneelle? | 1 - 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26 Lisäksi tieto sairaalasta ja osastosta |
| 3. Mitkä tekijät vaikuttavat täysimetyksellä kotiinlähtöön? | 1- 16, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 |

Hoitaja-aineiston kysymyksen 19 luokittelurunko



Äitien taustatiedot hoitajien ilmoittamana
Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -aineisto

LIITE 6
1 (2)

| Taustakysymys | Kaikki *) n / % | KOS n / % | NKL n / % | os. 3 n / % | os. 5 n / % | os. 6 n / % | os. 15 n / % | os. 51 n / % | os. 52 n / % | os. 61 n / % |
|---|--------------------|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Aidin ennen raskautta diagnosoidut perussairaudet | | | | | | | | | | |
| 1. Ei sairautta | 464 / 75 | 230 / 78 | 204 / 76 | 55 / 71 | 56 / 77 | 74 / 78 | 45 / 90 | 62 / 78 | 62 / 63 | 80 / 87 |
| 2. Verenpainetauti | 9 / 2 | 2 / 0 | 4 / 1 | -- | 2 / 3 | -- | -- | 1 / 1 | 1 / 1 | 2 / 2 |
| 3. Diabetes | 11 / 2 | 3 / 1 | 8 / 3 | 1 / 1 | 1 / 1 | 1 / 1 | -- | 4 / 5 | 2 / 2 | 2 / 2 |
| 4. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet | 3 / 1 | 2 / 0 | 1 / 0 | 1 / 1 | -- | 1 / 1 | -- | -- | 1 / 1 | -- |
| 5. Psykkinen sairaus | 11 / 2 | 5 / 2 | 6 / 2 | 1 / 1 | 1 / 1 | 3 / 3 | -- | 2 / 3 | 4 / 4 | -- |
| 6. Päihteiden väärinkäyttö | 2 / 0 | 1 / 0 | 1 / 0 | -- | 1 / 1 | -- | -- | -- | 1 / 1 | -- |
| 7. Muu | 109 / 18 | 52 / 18 | 46 / 17 | 19 / 25 | 12 / 16 | 16 / 17 | 5 / 10 | 11 / 14 | 27 / 28 | 8 / 9 |
| Aidin raskauden aikainen hoito äitiyspoliklinikalla tai antenataaliosastolla | | | | | | | | | | |
| 1. Ei | 261 / 43 | 128 / 44 | 119 / 45 | 27 / 35 | 31 / 42 | 32 / 34 | 38 / 76 | 38 / 47 | 37 / 41 | 44 / 48 |
| 2. Kyllä | 342 / 57 | 165 / 56 | 145 / 55 | 50 / 65 | 42 / 58 | 61 / 66 | 12 / 24 | 43 / 53 | 54 / 59 | 48 / 52 |
| Äpki/antenataaliosastohoito; käyntimäärät eri raskauden vaiheissa | | | | | | | | | | |
| 1. I trimesteri (h1 - h13) | 38 / 6 | 11 / 3 | 23 / 8 | 3 / 4 | 3 / 3 | 5 / 4 | -- | 8 / 9 | 3 / 3 | 12 / 12 |
| 2. II trimesteri (h14 - h28) | 137 / 20 | 53 / 15 | 76 / 26 | 13 / 16 | 14 / 13 | 25 / 18 | 1 / 6 | 19 / 22 | 28 / 27 | 29 / 29 |
| 3. III trimesteri (h29 - h42) | 519 / 75 | 283 / 82 | 195 / 66 | 66 / 80 | 88 / 84 | 112 / 79 | 17 / 94 | 61 / 68 | 74 / 70 | 60 / 59 |
| Äpki/antenataaliosastohoito; käyntimäärät lähettämisdiaagnoseittain | | | | | | | | | | |
| 1. Pre-eklampsia tai sen oireet | 90 / 13 | 57 / 16 | 21 / 7 | 16 / 19 | 30 / 29 | 11 / 8 | -- | 3 / 3 | 1 / 1 | 17 / 16 |
| 2. Uhkaava ennenaikainen synnytys | 48 / 7 | 17 / 5 | 30 / 10 | 9 / 11 | 7 / 7 | 1 / 1 | -- | 18 / 20 | 7 / 7 | 5 / 5 |
| 3. Raskausdiabetes | 47 / 7 | 23 / 7 | 19 / 6 | 5 / 6 | -- | 18 / 13 | -- | 8 / 9 | 6 / 6 | 5 / 5 |
| 4. LVM/ lapsivedenmenoepäily | 23 / 3 | 16 / 4 | 6 / 2 | 6 / 7 | 6 / 6 | 3 / 2 | 1 / 6 | 2 / 2 | -- | 4 / 4 |
| 5. Makrosomia | 10 / 1 | 6 / 2 | 3 / 1 | 1 / 1 | 3 / 3 | 2 / 1 | -- | 1 / 1 | 1 / 1 | 1 / 1 |
| 6. Kasvuhidastuma | 20 / 3 | 7 / 2 | 13 / 4 | 1 / 1 | 2 / 2 | 2 / 1 | 2 / 11 | 4 / 4 | 5 / 5 | 4 / 4 |
| 7. Kolestaasi | 42 / 6 | 15 / 4 | 16 / 5 | 2 / 2 | 7 / 7 | 5 / 4 | 1 / 6 | -- | 13 / 12 | 3 / 3 |
| 8. Synnytystapa-arvio | 54 / 8 | 33 / 9 | 17 / 6 | 4 / 5 | 2 / 2 | 22 / 15 | 5 / 28 | 4 / 4 | 7 / 7 | 6 / 6 |
| 9. Tarjonnan tarkistus/perätilanulokäännös | 30 / 4 | 21 / 6 | 8 / 3 | 4 / 5 | 1 / 1 | 16 / 11 | -- | 3 / 3 | 4 / 4 | 1 / 1 |
| 10. Verenvuoto | 12 / 2 | 8 / 2 | 4 / 1 | 2 / 2 | 3 / 3 | 2 / 1 | 1 / 6 | -- | 1 / 1 | 3 / 3 |
| 11. Astma | 8 / 1 | 7 / 2 | -- | 1 / 1 | 6 / 6 | -- | -- | -- | -- | -- |
| 12. Laskimotukos/Fragminhoito | 19 / 3 | 4 / 1 | 12 / 4 | 4 / 5 | -- | -- | -- | 8 / 9 | 1 / 1 | 3 / 3 |
| 13. Synnytyspelko | 33 / 5 | 18 / 5 | 14 / 5 | 1 / 1 | -- | 17 / 12 | -- | 3 / 3 | 9 / 8 | 2 / 2 |
| 14. Liikehäilytys | 8 / 1 | -- | 7 / 2 | -- | -- | -- | -- | -- | 2 / 2 | 5 / 5 |
| 15. LOP/Yliaikaisuuskontrolli | 66 / 9 | 41 / 12 | 23 / 8 | 10 / 12 | 12 / 11 | 14 / 10 | 5 / 28 | 15 / 17 | 8 / 8 | -- |
| 16. Muu seuranta äidin riskien vuoksi | 152 / 22 | 53 / 15 | 88 / 29 | 9 / 11 | 21 / 20 | 22 / 15 | 1 / 6 | 17 / 19 | 35 / 33 | 36 / 35 |
| 17. Muu seuranta sikiön riskien vuoksi | 46 / 7 | 25 / 7 | 18 / 6 | 10 / 12 | 5 / 5 | 8 / 6 | 2 / 11 | 3 / 3 | 6 / 6 | 9 / 9 |
| Äidin pariteetti | | | | | | | | | | |
| 1. Ensisynnyttäjä | 309 / 50 | 158 / 53 | 127 / 47 | 38 / 49 | 45 / 62 | 51 / 52 | 24 / 48 | 42 / 50 | 32 / 34 | 53 / 56 |
| 2. Toinen synnytys | 198 / 32 | 98 / 33 | 90 / 33 | 29 / 38 | 19 / 26 | 27 / 28 | 23 / 46 | 30 / 36 | 32 / 34 | 28 / 30 |
| 3. Kolmas synnytys | 67 / 11 | 26 / 9 | 36 / 13 | 5 / 6 | 5 / 7 | 14 / 14 | 2 / 4 | 7 / 8 | 18 / 19 | 11 / 12 |
| 4. Neljäs synnytys | 31 / 5 | 13 / 4 | 13 / 5 | 4 / 5 | 4 / 5 | 4 / 4 | 1 / 2 | 3 / 4 | 8 / 9 | 2 / 2 |
| 5. Viides tai useampi synnytys | 10 / 2 | 3 / 1 | 5 / 2 | 1 / 1 | -- | 2 / 2 | -- | 2 / 2 | 3 / 3 | -- |
| Synnytystapa | | | | | | | | | | |
| 1. Alatiesynnytys | 457 / 75 | 217 / 73 | 204 / 76 | 63 / 82 | 58 / 79 | 49 / 50 | 47 / 94 | 68 / 83 | 56 / 61 | 80 / 86 |
| 2. Avustettu alatiesynnytys (imukuppi-/pihtisynnytys) | 42 / 7 | 20 / 7 | 17 / 6 | 4 / 5 | 8 / 11 | 5 / 5 | 3 / 6 | 3 / 4 | 2 / 2 | 12 / 13 |
| 3. Elektiivinen sektio | 77 / 13 | 42 / 14 | 34 / 13 | -- | -- | 42 / 43 | -- | 4 / 5 | 29 / 32 | 1 / 1 |
| 4. Muu sektio | 36 / 6 | 19 / 6 | 12 / 4 | 10 / 13 | 7 / 10 | 2 / 2 | -- | 7 / 9 | 5 / 5 | -- |
| Ihokontakti äidin kanssa syntymän jälkeen | | | | | | | | | | |
| 1. Kyllä | 500 / 84 | 251 / 85 | 209 / 81 | 67 / 87 | 67 / 92 | 67 / 71 | 50 / 100 | 69 / 87 | 56 / 61 | 84 / 97 |
| 2. Ei | 98 / 16 | 44 / 15 | 49 / 19 | 10 / 13 | 6 / 8 | 28 / 29 | -- | 10 / 13 | 36 / 39 | 3 / 3 |
| Ihokontaktin ajankohta | | | | | | | | | | |
| 1. Välittömästi syntymän jälkeen | 472 / 86 | 233 / 83 | 200 / 89 | 64 / 89 | 62 / 87 | 57 / 65 | 50 / 100 | 69 / 92 | 51 / 78 | 80 / 94 |
| 2. Myöhemmin | 76 / 14 | 48 / 17 | 25 / 11 | 8 / 11 | 9 / 13 | 31 / 35 | -- | 6 / 8 | 14 / 22 | 5 / 6 |

*) sisältää myös tiedot lomakkeista, joissa osastoa tai synnytysairaala ei ole yksilöity
COPYRIGHT Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -kartoituksen projektiryhmä 18.1.2007.

Äitien taustatiedot hoitajien ilmoittamana
Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -aineisto

LIITE 6
2 (2)

| Taustakysymys | Kaikki *) n / % | KOS n / % | NKL n / % | os. 3 n / % | os. 5 n / % | os. 6 n / % | os. 15 n / % | os. 51 n / % | os. 52 n / % | os. 61 n / % |
|--|--------------------|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Ihokontaktin kesto | | | | | | | | | | |
| 1. 0-29min | 81 / 16 | 23 / 9 | 50 / 25 | 2 / 3 | 4 / 6 | 17 / 20 | -- | 20 / 29 | 13 / 25 | 17 / 22 |
| 2. 30-59min | 136 / 27 | 39 / 15 | 87 / 44 | 11 / 17 | 12 / 19 | 14 / 17 | 2 / 4 | 33 / 49 | 23 / 44 | 31 / 40 |
| 3. 60-89min | 160 / 34 | 106 / 40 | 53 / 27 | 30 / 45 | 28 / 44 | 38 / 45 | 10 / 21 | 15 / 22 | 14 / 27 | 24 / 31 |
| 4. 90-119min | 78 / 16 | 62 / 24 | 8 / 4 | 16 / 24 | 16 / 25 | 9 / 11 | 21 / 44 | -- | 2 / 4 | 6 / 8 |
| 5. 120-149min | 29 / 6 | 28 / 11 | -- | 6 / 9 | 3 / 5 | 6 / 7 | 13 / 27 | -- | -- | -- |
| 6. 150-181min | 4 / 1 | 4 / 2 | -- | 1 / 2 | 1 / 2 | -- | 2 / 4 | -- | -- | -- |
| Ensi-imetys; ajankohta | | | | | | | | | | |
| 1. < 1h iässä | 358 / 62 | 201 / 69 | 129 / 52 | 60 / 81 | 55 / 76 | 39 / 41 | 47 / 94 | 40 / 54 | 33 / 38 | 56 / 65 |
| 2. 1-2h iässä | 111 / 19 | 39 / 13 | 63 / 26 | 8 / 11 | 11 / 15 | 17 / 18 | 3 / 6 | 21 / 28 | 15 / 17 | 27 / 31 |
| 3. > 2h iässä | 110 / 19 | 52 / 18 | 54 / 22 | 6 / 8 | 6 / 8 | 40 / 42 | -- | 13 / 18 | 38 / 44 | 3 / 3 |
| Ensi-imetys; onnistuminen | | | | | | | | | | |
| 1. lapsi imi hyvin | 420 / 75 | 219 / 76 | 172 / 74 | 53 / 71 | 56 / 79 | 62 / 67 | 48 / 96 | 51 / 73 | 61 / 75 | 60 / 72 |
| 2. lapsi hamusi rintaa/yritti imeä | 118 / 21 | 62 / 21 | 48 / 21 | 20 / 27 | 13 / 18 | 27 / 29 | 2 / 4 | 16 / 23 | 16 / 20 | 16 / 19 |
| 3. lapsi ei imenyt | 24 / 4 | 8 / 3 | 14 / 6 | 2 / 3 | 2 / 3 | 4 / 4 | -- | 3 / 4 | 4 / 5 | 7 / 8 |
| Aidin saama erityishoito synnytyksen jälkeen | | | | | | | | | | |
| 1. Ei tarvinnut | 353 / 68 | 174 / 68 | 163 / 70 | 46 / 69 | 43 / 72 | 41 / 49 | 44 / 96 | 43 / 63 | 49 / 57 | 71 / 89 |
| 2. Hypovolemian korjaaminen | 22 / 4 | 10 / 4 | 11 / 5 | 5 / 7 | 2 / 3 | 1 / 1 | 2 / 4 | 5 / 7 | 4 / 5 | 2 / 3 |
| 3. III- tai IV-asteen repeämän hoito | 7 / 1 | 1 / 0 | 6 / 3 | -- | -- | 1 / 1 | -- | 4 / 6 | -- | 2 / 3 |
| 4. Synnytyksen jälkeinen infektio ja iv-lääkehoito | 13 / 2 | 8 / 3 | 5 / 2 | 4 / 6 | 2 / 3 | 2 / 2 | -- | 2 / 3 | 2 / 2 | 1 / 1 |
| 5. Erityishoito mielenterveysongelmien vuoksi | 2 / 0 | 1 / 0 | 1 / 0 | -- | -- | 1 / 1 | -- | -- | 1 / 1 | -- |
| 6. Erityishoito päihteiden väärinkäytön vuoksi | 1 / 0 | 1 / 0 | -- | -- | 1 / 2 | -- | -- | -- | -- | -- |
| 7. Erityishoito insuliinihoitoisen diabeteksen vuoksi | 5 / 1 | 1 / 0 | 2 / 1 | -- | -- | 1 / 1 | -- | 2 / 3 | -- | -- |
| 8. Erityishoito rask.aik. pre-eklampsia graviksen vuoksi | 5 / 1 | 3 / 1 | 2 / 1 | -- | 3 / 5 | -- | -- | 1 / 1 | 1 / 1 | -- |
| 9. Muu erityishoito | 109 / 21 | 57 / 22 | 44 / 19 | 12 / 18 | 9 / 15 | 36 / 43 | -- | 11 / 16 | 29 / 34 | 4 / 5 |

*) sisältää myös tiedot lomakkeista, joissa osastoa tai synnytyssairaalaa ei ole yksilöity
COPYRIGHT Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -kartoituksen projektiryhmä 18.1.2007.

Lasten taustatiedot hoitajien ilmoittamana
 Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -aineisto

LIITE 7

1 (2)

| Taustakysymys | Kaikki n / % | KOS n / % | NKL n / % | os. 3 n / % | os. 5 n / % | os. 6 n / % | os. 15 n / % | os. 51 n / % | os. 52 n / % | os. 61 n / % |
|--|-----------------|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Millä raskausviikolla lapsi on syntynyt? | | | | | | | | | | |
| 1. < h37 | 13 / 2 | 4 / 1 | 6 / 2 | -- | 2 / 3 | 2 / 2 | -- | 1 / 1 | 3 / 3 | 2 / 2 |
| 2. h37 | 20 / 3 | 7 / 2 | 13 / 5 | 3 / 4 | 2 / 3 | 1 / 1 | 1 / 2 | 6 / 7 | 5 / 6 | 2 / 2 |
| 3. h38 | 66 / 11 | 27 / 9 | 33 / 13 | 5 / 6 | 5 / 7 | 11 / 11 | 6 / 12 | 12 / 15 | 10 / 11 | 11 / 12 |
| 4. h39 | 164 / 27 | 78 / 26 | 79 / 30 | 20 / 26 | 17 / 24 | 33 / 34 | 8 / 16 | 14 / 17 | 36 / 40 | 29 / 32 |
| 5. h40 | 177 / 29 | 82 / 28 | 74 / 28 | 27 / 35 | 17 / 24 | 20 / 21 | 18 / 36 | 21 / 26 | 22 / 24 | 31 / 34 |
| 6. h41 | 128 / 21 | 73 / 25 | 49 / 19 | 15 / 19 | 24 / 33 | 19 / 20 | 15 / 30 | 22 / 27 | 10 / 11 | 17 / 18 |
| 7. h42 | 37 / 6 | 24 / 8 | 10 / 4 | 7 / 9 | 5 / 7 | 10 / 10 | 2 / 4 | 5 / 6 | 5 / 6 | -- |
| Lapsen syntymäpaino | | | | | | | | | | |
| 1. ≤ 2500g | 7 / 1 | -- | 6 / 2 | -- | -- | -- | -- | 2 / 3 | 2 / 2 | 2 / 2 |
| 2. 2501 - 3000g | 65 / 11 | 31 / 11 | 28 / 11 | 13 / 17 | 6 / 8 | 9 / 9 | 3 / 6 | 8 / 10 | 12 / 13 | 8 / 9 |
| 3. 3001 - 3500g | 211 / 35 | 112 / 38 | 87 / 33 | 27 / 35 | 29 / 41 | 33 / 34 | 23 / 46 | 28 / 35 | 25 / 28 | 34 / 37 |
| 4. 3501 - 4000g | 216 / 36 | 104 / 35 | 97 / 37 | 25 / 32 | 29 / 41 | 36 / 38 | 14 / 28 | 24 / 30 | 37 / 41 | 36 / 39 |
| 5. 4001 - 4500g | 88 / 15 | 37 / 13 | 42 / 16 | 12 / 16 | 7 / 10 | 12 / 13 | 6 / 12 | 16 / 20 | 14 / 16 | 12 / 13 |
| 6. 4501 - 5000g | 14 / 2 | 9 / 3 | 1 / 0 | -- | -- | 5 / 5 | 4 / 8 | 1 / 1 | -- | -- |
| 7. ≥ 5001g | 1 / 0 | 1 / 0 | -- | -- | -- | 1 / 1 | -- | -- | -- | -- |
| Lapsen tarvitsema erityishoito/seuranta synn. jälkeen | | | | | | | | | | |
| 1. Ei tarvinnut | 288 / 50 | 148 / 48 | 123 / 51 | 36 / 42 | 41 / 59 | 36 / 34 | 35 / 76 | 33 / 46 | 42 / 46 | 48 / 62 |
| 2. Seuranta pienipainoisuuden vuoksi | 47 / 8 | 23 / 8 | 20 / 8 | 9 / 11 | 4 / 6 | 7 / 7 | 3 / 7 | 5 / 7 | 7 / 8 | 8 / 10 |
| 3. Seuranta suuripainoisuuden vuoksi | 18 / 3 | 15 / 5 | 3 / 1 | 2 / 2 | 1 / 1 | 8 / 8 | 4 / 9 | 2 / 3 | 1 / 1 | -- |
| 4. Seuranta infektioepäilyn vuoksi | 42 / 7 | 26 / 8 | 14 / 6 | 9 / 11 | 6 / 9 | 11 / 10 | -- | 6 / 8 | 5 / 5 | 3 / 4 |
| 5. Antibioottihoito | 7 / 1 | 7 / 2 | 4 / 2 | 2 / 2 | -- | 5 / 5 | -- | 2 / 3 | 1 / 1 | 1 / 1 |
| 6. Hoidettu hypoglykemia (ei riitä pelkkä b-gluc -seuranta) | 9 / 2 | 4 / 1 | 5 / 2 | 2 / 2 | 1 / 1 | 1 / 1 | -- | 1 / 1 | 4 / 4 | -- |
| 7. Verensokeriseuranta äidin diabeteksen tai poikk. b-gluc - arvojen vuoksi | 59 / 10 | 31 / 10 | 23 / 10 | 8 / 9 | 6 / 9 | 15 / 14 | 2 / 4 | 8 / 11 | 9 / 10 | 6 / 8 |
| 8. Sinivalohoito | 13 / 2 | 10 / 3 | 2 / 1 | 3 / 4 | 4 / 6 | 3 / 3 | -- | 1 / 1 | -- | 1 / 1 |
| 9. Seuranta äidin päihteiden käytön vuoksi | 2 / 0 | 2 / 1 | -- | -- | 2 / 3 | -- | -- | -- | -- | -- |
| 10. Lapsi ollut valvontaosastolla/lastenkliniikalla | 35 / 6 | 9 / 3 | 23 / 10 | 1 / 1 | 1 / 1 | 7 / 7 | -- | 8 / 11 | 8 / 9 | 7 / 9 |
| 11. Muu erityishoito | 56 / 10 | 31 / 10 | 23 / 10 | 13 / 15 | 4 / 6 | 12 / 11 | 2 / 4 | 5 / 7 | 14 / 15 | 4 / 5 |
| Lapselta otettu veri-tai virtsanäyte lapsivuodeosastolla | | | | | | | | | | |
| 1. Ei otettu | 258 / 47 | 121 / 44 | 120 / 50 | 28 / 38 | 32 / 49 | 31 / 34 | 30 / 65 | 31 / 44 | 43 / 52 | 46 / 54 |
| 2. Otettiin | 291 / 53 | 155 / 56 | 119 / 50 | 45 / 62 | 33 / 51 | 61 / 66 | 16 / 35 | 40 / 56 | 40 / 48 | 39 / 46 |
| Pistokerrat näytteiden otossa | | | | | | | | | | |
| 1. 0 | 280 / 51 | 140 / 49 | 122 / 52 | 33 / 45 | 39 / 55 | 33 / 37 | 35 / 70 | 38 / 51 | 40 / 51 | 44 / 56 |
| 2. 1 kertaa | 71 / 13 | 40 / 14 | 29 / 12 | 9 / 12 | 9 / 13 | 16 / 18 | 6 / 12 | 12 / 16 | 8 / 10 | 9 / 11 |
| 3. 2 kertaa | 44 / 8 | 26 / 9 | 15 / 6 | 8 / 11 | 5 / 7 | 8 / 9 | 5 / 10 | 4 / 5 | 5 / 6 | 6 / 8 |
| 4. 3 kertaa | 36 / 7 | 20 / 7 | 16 / 7 | 9 / 12 | 2 / 3 | 7 / 8 | 2 / 4 | 7 / 9 | 6 / 8 | 3 / 4 |
| 5. 4 kertaa | 44 / 8 | 19 / 7 | 25 / 11 | 6 / 8 | 5 / 7 | 7 / 8 | 1 / 2 | 7 / 9 | 11 / 14 | 7 / 9 |
| 6. 5 kertaa | 23 / 4 | 15 / 5 | 7 / 3 | 6 / 8 | 3 / 4 | 5 / 6 | 1 / 2 | 2 / 3 | 3 / 4 | 2 / 3 |
| 7. 6 kertaa | 16 / 3 | 10 / 4 | 5 / 2 | 2 / 3 | 3 / 4 | 5 / 6 | -- | -- | 2 / 3 | 3 / 4 |
| 8. 7 kertaa | 6 / 1 | 3 / 1 | 1 / 0 | -- | 1 / 1 | 2 / 2 | -- | -- | -- | 1 / 1 |
| 9. 8 kertaa | 13 / 2 | 4 / 1 | 6 / 3 | -- | -- | 4 / 4 | -- | 3 / 4 | 2 / 3 | 1 / 1 |
| 10. 9 kertaa | 7 / 1 | 2 / 1 | 3 / 1 | -- | 1 / 1 | 1 / 1 | -- | 1 / 1 | -- | 2 / 3 |
| 11. 10 kertaa | 4 / 1 | -- | 3 / 1 | -- | -- | -- | -- | 1 / 1 | 2 / 3 | -- |
| 12. 11 kertaa | 2 / 0 | 1 / 0 | 1 / 0 | -- | -- | 1 / 1 | -- | -- | -- | 1 / 1 |
| 13. 12 kertaa | 1 / 0 | 1 / 0 | -- | -- | 1 / 1 | -- | -- | -- | -- | -- |
| 14. 13 kertaa | 1 / 0 | 1 / 0 | -- | -- | 1 / 1 | -- | -- | -- | -- | -- |
| 15. 14 kertaa | 1 / 0 | 1 / 0 | -- | -- | 1 / 1 | -- | -- | -- | -- | -- |

Lasten taustatiedot hoitajien ilmoittamana
Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -aineisto

LIITE 7
2 (2)

| Taustakysymys | Kaikki n / % | KOS n / % | NKL n / % | os. 3 n / % | os. 5 n / % | os. 6 n / % | os. 15 n / % | os. 51 n / % | os. 52 n / % | os. 61 n / % |
|---|-----------------|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Lapselta otettu veri- tai virtsanäyte | | | | | | | | | | |
| 1. B-gluc | 718 / 52 | 372 / 50 | 279 / 52 | 83 / 45 | 87 / 42 | 181 / 59 | 21 / 53 | 67 / 35 | 108 / 64 | 104 / 58 |
| 2. CRP | 156 / 11 | 86 / 12 | 67 / 12 | 28 / 15 | 27 / 13 | 27 / 9 | 4 / 10 | 35 / 19 | 14 / 8 | 18 / 10 |
| 3. PVK | 143 / 10 | 62 / 8 | 68 / 13 | 21 / 11 | 18 / 9 | 22 / 7 | 1 / 3 | 32 / 17 | 15 / 9 | 21 / 12 |
| 4. S-bil | 182 / 13 | 108 / 15 | 62 / 11 | 24 / 13 | 41 / 20 | 36 / 12 | 7 / 18 | 30 / 16 | 14 / 8 | 18 / 10 |
| 5. Hetion (Na, K, Ca, astrup) | 106 / 8 | 58 / 8 | 43 / 8 | 11 / 6 | 20 / 10 | 22 / 7 | 5 / 13 | 19 / 10 | 11 / 6 | 13 / 7 |
| 6. Strepto-B-virtsa | 25 / 2 | 21 / 3 | 3 / 1 | 7 / 4 | 5 / 2 | 9 / 3 | -- | 2 / 1 | 1 / 1 | -- |
| 7. Huume virtsa | 5 / 0 | 4 / 1 | 1 / 0 | 2 / 1 | 1 / 0 | 1 / 0 | -- | -- | 1 / 1 | -- |
| 8. Rh-määritykset | 26 / 2 | 12 / 2 | 11 / 2 | 4 / 2 | 5 / 2 | 3 / 1 | -- | 3 / 2 | 4 / 2 | 4 / 2 |
| 9. muu | 22 / 2 | 15 / 2 | 6 / 1 | 3 / 2 | 3 / 1 | 7 / 2 | 2 / 5 | 2 / 1 | 2 / 1 | 2 / 1 |
| Lapselta otettu veri- tai virtsanäyte; kuka määräsi näytteenoton | | | | | | | | | | |
| 1. Lääkärin määräys | 840 / 60 | 503 / 68 | 285 / 52 | 113 / 61 | 147 / 71 | 217 / 71 | 26 / 65 | 119 / 63 | 68 / 39 | 98 / 54 |
| 2. Lääkärin antama kirjallinen hoito-ohje | 466 / 34 | 181 / 24 | 237 / 43 | 58 / 31 | 44 / 21 | 70 / 23 | 9 / 23 | 65 / 34 | 98 / 56 | 74 / 41 |
| 3. Hoitajan itsenäinen päätös | 85 / 6 | 56 / 8 | 24 / 4 | 15 / 8 | 16 / 8 | 20 / 6 | 5 / 13 | 6 / 3 | 10 / 6 | 8 / 4 |
| Lapselta otettu veri- tai virtsanäyte; miksi näyte otettiin | | | | | | | | | | |
| 1. Lapsi oireeton/lääkärin antaman kirj. ohjeen perusteella | 794 / 60 | 403 / 58 | 315 / 60 | 103 / 58 | 92 / 51 | 183 / 62 | 25 / 63 | 94 / 49 | 105 / 67 | 116 / 65 |
| 2. Vapina | 27 / 2 | 11 / 2 | 15 / 3 | 1 / 1 | 10 / 5 | -- | -- | 10 / 5 | -- | 5 / 3 |
| 3. Lapsi kellastuu | 183 / 14 | 111 / 16 | 52 / 10 | 31 / 18 | 36 / 20 | 36 / 12 | 8 / 20 | 23 / 12 | 8 / 5 | 21 / 12 |
| 4. Käsitteilyarkuus, kimeä itku, narina | 94 / 7 | 35 / 5 | 59 / 11 | 15 / 8 | 7 / 4 | 13 / 4 | -- | 22 / 12 | 23 / 15 | 14 / 8 |
| 5. Muu | 222 / 17 | 136 / 20 | 84 / 16 | 27 / 15 | 37 / 20 | 65 / 22 | 7 / 18 | 41 / 23 | 20 / 13 | 23 / 13 |
| Näytteenotosta seuranneet jatkotoimenpiteet | | | | | | | | | | |
| 1. Ei seurannut | 490 / 34 | 258 / 34 | 212 / 39 | 73 / 38 | 71 / 33 | 91 / 29 | 23 / 61 | 81 / 41 | 65 / 35 | 66 / 36 |
| 2. Lisäruokaa | 93 / 7 | 57 / 7 | 29 / 5 | 16 / 8 | 12 / 6 | 26 / 8 | 3 / 8 | 6 / 3 | 17 / 9 | 6 / 3 |
| 3. Kontrollinäyte | 773 / 54 | 395 / 52 | 304 / 58 | 86 / 45 | 120 / 56 | 178 / 56 | 11 / 29 | 105 / 54 | 94 / 51 | 105 / 57 |
| 4. Valohoito | 37 / 3 | 28 / 4 | 7 / 1 | 11 / 6 | 11 / 5 | 6 / 2 | -- | 1 / 1 | 4 / 2 | 2 / 1 |
| 5. Jatkohoito lasten osastolla | 23 / 2 | 13 / 2 | 9 / 2 | 7 / 4 | 1 / 0 | 5 / 2 | -- | 3 / 2 | 3 / 2 | 3 / 2 |
| 6. Muu | 16 / 1 | 13 / 2 | 3 / 1 | -- | -- | 12 / 4 | 1 / 3 | -- | 1 / 1 | 2 / 1 |

COPYRIGHT Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -kartoituksen projektiryhmä 18.1.2007.

Lisämaidon annon toteutuminen
Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -aineisto

LIITE 8

1 (2)

| Taustakysymys | Kaikki n / % | KOS n / % | NKL n / % | os. 3 n / % | os. 5 n / % | os. 6 n / % | os. 15 n / % | os. 51 n / % | os. 52 n / % | os. 61 n / % |
|---|-----------------|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Tarvitseeko terve vastasyntynyt hoitajan mielestä lisämaitoa sairaalassa | | | | | | | | | | |
| 1. Ei tarvitse | 405 / 86 | 219 / 88 | 161 / 82 | 39 / 64 | 57 / 90 | 78 / 98 | 45 / 100 | 32 / 68 | 60 / 82 | 69 / 93 |
| 2. Tarvitsee | 66 / 14 | 30 / 12 | 33 / 17 | 22 / 36 | 6 / 9 | 2 / 3 | -- | 15 / 32 | 13 / 18 | 5 / 7 |
| Miksi terve vastasyntynyt tarvitsee hoitajan mielestä lisämaitoa? | | | | | | | | | | |
| 1. Rintoihin ja maidoneritykseen liittyvät ongelmat | 42 / 34 | 27 / 36 | 14 / 31 | 20 / 45 | 4 / 18 | 1 / 20 | 2 / 40 | 5 / 33 | 4 / 31 | 5 / 29 |
| 2. Lapsen imemiseen liittyvät ongelmat | 8 / 6 | 6 / 8 | 1 / 2 | 5 / 11 | 1 / 5 | -- | -- | -- | 1 / 8 | -- |
| 3. Osaston kirjallinen hoito-ohje (lääkärin määräys) | 35 / 28 | 23 / 30 | 11 / 24 | 7 / 16 | 12 / 55 | 2 / 40 | 2 / 40 | 3 / 20 | 1 / 8 | 7 / 41 |
| 4. Emotionaaliset tekijät | 9 / 7 | 4 / 5 | 5 / 11 | 1 / 2 | 2 / 9 | 1 / 20 | -- | 2 / 13 | 2 / 15 | 1 / 6 |
| 5. Äidin väsymys ja muut fyysiset tekijät | 20 / 16 | 10 / 13 | 10 / 22 | 7 / 16 | 3 / 14 | -- | -- | 5 / 33 | 2 / 15 | 3 / 18 |
| 6. Muut syyt | 11 / 9 | 6 / 8 | 4 / 9 | 4 / 9 | -- | 1 / 20 | 1 / 20 | -- | 3 / 23 | 1 / 6 |
| Saiko vauva lisämaitoa lapsivuodeosastolla? | | | | | | | | | | |
| 1. Ei saanut | 151 / 26 | 116 / 40 | 26 / 10 | 18 / 24 | 33 / 46 | 25 / 26 | 40 / 85 | 4 / 5 | 10 / 11 | 12 / 13 |
| 2. Sai | 441 / 74 | 174 / 60 | 235 / 90 | 58 / 76 | 38 / 54 | 71 / 74 | 7 / 15 | 79 / 95 | 77 / 89 | 79 / 87 |
| Mihin lisämaidon anto perustui lapsivuodeosastolla? | | | | | | | | | | |
| 1. Perustui kirjalliseen hoito-ohjeeseen | 179 / 5 | 70 / 5 | 103 / 5 | 13 / 2 | 7 / 3 | 50 / 8 | -- | 36 / 5 | 51 / 7 | 16 / 2 |
| 2. Perustui lääkärin määräykseen | 740 / 19 | 429 / 29 | 266 / 12 | 71 / 13 | 84 / 38 | 269 / 41 | 5 / 33 | 37 / 5 | 165 / 21 | 64 / 9 |
| 3. Perustui hoitajan itsenäiseen päätöksentekoon | 1184 / 31 | 435 / 30 | 677 / 31 | 222 / 39 | 68 / 30 | 144 / 22 | 1 / 7 | 263 / 38 | 189 / 24 | 225 / 32 |
| 4. Perustui äidin tai isän toiveeseen | 1781 / 46 | 522 / 36 | 1140 / 52 | 262 / 46 | 64 / 29 | 187 / 29 | 9 / 60 | 362 / 52 | 377 / 48 | 401 / 57 |
| Miksi lisämaito annettiin? | | | | | | | | | | |
| 1. Vauva imenyt rinnalla, mutta edelleen nälkäinen/hamuilee/huutaa/tyytymätön | 1185 / 35 | 370 / 28 | 741 / 40 | 152 / 31 | 70 / 30 | 133 / 24 | 15 / 65 | 301 / 55 | 171 / 27 | 269 / 41 |
| 2. Äidin rinnanpää arat/rikki | 149 / 4 | 32 / 2 | 108 / 6 | 3 / 1 | 15 / 6 | 14 / 2 | -- | 18 / 3 | 15 / 2 | 75 / 11 |
| 3. Äiti uupunut, ei jaksa/pysty imettämään/äiti vielä leikkauksessa/heräämössä | 172 / 5 | 48 / 4 | 112 / 6 | 34 / 7 | 2 / 1 | 12 / 2 | -- | 26 / 5 | 69 / 11 | 17 / 3 |
| 4. Vauva kansliassa, äiti väsynyt ja haluaa nukkua | 326 / 10 | 94 / 7 | 209 / 11 | 72 / 15 | 7 / 3 | 15 / 3 | -- | 68 / 12 | 72 / 11 | 69 / 11 |
| 5. Vauvan matala verenokeri (B-gluk < 3mmol tai B-gluk seur. jatkuu | 325 / 10 | 155 / 12 | 132 / 7 | 39 / 8 | 34 / 15 | 79 / 14 | 3 / 13 | 35 / 6 | 58 / 9 | 39 / 6 |
| 6. Vauvan painonlasku > 7% | 225 / 7 | 181 / 14 | 43 / 2 | 34 / 7 | 52 / 22 | 93 / 16 | 2 / 9 | 5 / 1 | 21 / 3 | 17 / 3 |
| 7. Vauvan niukka virtsamäärä/kuiva/S-Na koholla | 16 / 1 | 4 / 0 | 12 / 1 | -- | -- | 1 / 0 | 3 / 13 | 3 / 1 | 5 / 1 | 4 / 1 |
| 8. Vauva ei ime/ei jaksa imeä | 169 / 5 | 76 / 6 | 84 / 5 | 35 / 7 | 15 / 6 | 26 / 5 | -- | 17 / 3 | 12 / 2 | 55 / 8 |
| 9. Vauvan lämpö matala | 89 / 3 | 55 / 4 | 31 / 2 | 3 / 1 | 5 / 2 | 47 / 8 | -- | 3 / 1 | 4 / 1 | 24 / 4 |
| 10. S-bil koholla/sinivalohoito | 130 / 4 | 48 / 4 | 63 / 3 | 7 / 1 | 19 / 8 | 22 / 4 | -- | 15 / 3 | 31 / 5 | 17 / 3 |
| 11. Muut syyt | 579 / 17 | 250 / 19 | 298 / 16 | 112 / 23 | 15 / 6 | 123 / 22 | -- | 58 / 11 | 171 / 27 | 69 / 11 |
| Miten vauva sai lisämaidon lapsivuodeosastolla? | | | | | | | | | | |
| 1. Vain hörpyttämällä | 59 / 14 | 52 / 31 | 7 / 3 | 9 / 16 | 12 / 34 | 26 / 38 | 5 / 71 | 1 / 1 | 1 / 1 | 5 / 7 |
| 2. Pullosta ja hörpyttämällä | 108 / 26 | 57 / 34 | 43 / 20 | 21 / 37 | 14 / 40 | 22 / 32 | -- | 6 / 8 | 14 / 21 | 23 / 31 |
| 3. Vain pullosta | 246 / 60 | 58 / 35 | 169 / 77 | 27 / 47 | 9 / 26 | 20 / 29 | 2 / 29 | 70 / 91 | 52 / 78 | 47 / 63 |
| Oliko vauvalla käytössä tutti ja/tai rintakumi lapsivuodeosastolla? | | | | | | | | | | |
| 1. Ei | 303 / 56 | 177 / 65 | 111 / 47 | 31 / 42 | 51 / 80 | 57 / 61 | 38 / 90 | 31 / 41 | 36 / 47 | 44 / 52 |
| 2. Tutti | 135 / 25 | 49 / 18 | 75 / 32 | 30 / 41 | 1 / 2 | 16 / 17 | 2 / 5 | 28 / 37 | 27 / 36 | 20 / 24 |
| 3. Rintakumi | 77 / 14 | 40 / 15 | 32 / 14 | 9 / 12 | 12 / 19 | 17 / 18 | 2 / 5 | 10 / 13 | 8 / 11 | 14 / 16 |
| 4. Tutti ja rintakumi | 27 / 5 | 7 / 3 | 19 / 8 | 3 / 4 | -- | 4 / 4 | -- | 7 / 9 | 5 / 7 | 7 / 8 |

Lisämaidon annon toteutuminen

Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -aineisto

LIITE 8

2 (2)

| Taustakysymys | Kaikki n / % | KOS n / % | NKL n / % | os. 3 n / % | os. 5 n / % | os. 6 n / % | os. 15 n / % | os. 51 n / % | os. 52 n / % | os. 61 n / % |
|--|-----------------|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Paljonko vauvalle annettiin lisämaidtoa yhteensä lapsivuodeosastolla? | | | | | | | | | | |
| 1. 0-24ml | 28 / 7 | 17 / 11 | 8 / 4 | 4 / 8 | 4 / 13 | 6 / 9 | 3 / 50 | 1 / 1 | 3 / 5 | 4 / 6 |
| 2. 25-49ml | 32 / 8 | 15 / 10 | 15 / 7 | 2 / 4 | 6 / 19 | 7 / 11 | -- | 4 / 6 | 5 / 8 | 6 / 8 |
| 3. 50-74ml | 33 / 9 | 15 / 10 | 17 / 8 | 6 / 11 | 3 / 10 | 6 / 9 | -- | 8 / 12 | 1 / 2 | 8 / 11 |
| 4. 75-99 ml | 24 / 6 | 8 / 5 | 13 / 6 | 4 / 8 | 1 / 3 | 3 / 5 | -- | 3 / 4 | 2 / 3 | 8 / 11 |
| 5. 100-199ml | 100 / 26 | 47 / 30 | 49 / 24 | 15 / 28 | 9 / 29 | 21 / 32 | 2 / 33 | 21 / 30 | 14 / 22 | 14 / 19 |
| 6. 200-299ml | 61 / 16 | 23 / 15 | 35 / 17 | 8 / 15 | 5 / 16 | 9 / 14 | 1 / 17 | 5 / 7 | 14 / 22 | 16 / 22 |
| 7. 300-399ml | 41 / 11 | 12 / 8 | 28 / 14 | 3 / 6 | 3 / 10 | 6 / 9 | -- | 10 / 15 | 9 / 14 | 9 / 13 |
| 8. 400-499ml | 19 / 5 | 6 / 4 | 11 / 5 | 4 / 8 | -- | 2 / 3 | -- | 4 / 6 | 3 / 5 | 4 / 6 |
| 9. 500-999ml | 38 / 10 | 9 / 6 | 22 / 11 | 5 / 9 | -- | 4 / 6 | -- | 12 / 17 | 8 / 13 | 2 / 3 |
| 10. 1000-1499ml | 9 / 2 | 3 / 2 | 5 / 2 | 2 / 4 | -- | 1 / 2 | -- | 1 / 1 | 3 / 5 | 1 / 1 |
| 11. 1500-4585ml | 1 / 0 | -- | 1 / 0 | -- | -- | -- | --- | -- | 1 / 2 | -- |

COPYRIGHT Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -kartoituksen projektiryhmä 18.1.2007.

Kotiotumiseen liittyvät taustatiedot hoitajan ilmoittamana
Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -aineisto

LIITE 9

| Taustakysymys | Kaikki n / % | KOS n / % | NKL n / % | os. 3 n / % | os. 5 n / % | os. 6 n / % | os. 15 n / % | os. 51 n / % | os. 52 n / % | os. 61 n / % |
|---|-----------------|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Annettiinko lapselle lisämaitoa viimeisen 24h aikana? | | | | | | | | | | |
| 1. Ei annettu | 244 / 44 | 165 / 59 | 65 / 27 | 37 / 49 | 48 / 71 | 40 / 43 | 40 / 87 | 21 / 26 | 20 / 26 | 24 / 28 |
| 2. Annettiin | 314 / 56 | 116 / 41 | 177 / 73 | 38 / 51 | 20 / 29 | 52 / 57 | 6 / 13 | 59 / 74 | 56 / 74 | 62 / 72 |
| Milloin äiti ja lapsi kotiutuivat? | | | | | | | | | | |
| 3. 24 h:n kuluessa synnytyksessä | 12 / 2 | 5 / 2 | 6 / 3 | 1 / 1 | 1 / 1 | 1 / 1 | 2 / 4 | 2 / 3 | 2 / 3 | 2 / 2 |
| 1. 36 h:n kuluessa synnytyksessä | 51 / 9 | 21 / 8 | 28 / 12 | 3 / 4 | 6 / 9 | 4 / 4 | 8 / 17 | 6 / 8 | 8 / 11 | 14 / 16 |
| 2. 48 h:n (2 vrk:n) kuluessa synnytyksestä | 110 / 20 | 62 / 23 | 43 / 18 | 14 / 18 | 18 / 27 | 15 / 16 | 15 / 33 | 17 / 22 | 9 / 12 | 17 / 20 |
| 3. 60 h:n (2,5 vrk:n) kuluessa synnytyksestä | 116 / 21 | 61 / 22 | 46 / 19 | 15 / 21 | 14 / 21 | 13 / 14 | 19 / 41 | 16 / 20 | 10 / 14 | 20 / 23 |
| 4. 72h:n (3 vrk:n) kuluessa synnytyksestä | 149 / 27 | 80 / 29 | 58 / 24 | 24 / 34 | 13 / 19 | 41 / 45 | 2 / 4 | 16 / 20 | 22 / 30 | 20 / 23 |
| 5. 4 vrk:n kuluessa synnytyksestä tai myöhemmin | 111 / 20 | 46 / 17 | 58 / 24 | 14 / 20 | 15 / 22 | 17 / 19 | -- | 22 / 28 | 23 / 31 | 13 / 15 |
| Paljonko lapsi painoi viimeisessä punnituksessa sairaalassa? | | | | | | | | | | |
| 5. ≤ 2500g | 9 / 2 | -- | 8 / 3 | -- | -- | -- | -- | 5 / 6 | 2 / 3 | 1 / 1 |
| 1. 2501-3000g | 102 / 18 | 59 / 21 | 37 / 15 | 20 / 27 | 11 / 16 | 17 / 18 | 11 / 24 | 5 / 6 | 16 / 21 | 16 / 19 |
| 2. 3001-3500g | 231 / 41 | 122 / 44 | 94 / 39 | 25 / 34 | 35 / 52 | 39 / 42 | 23 / 50 | 34 / 43 | 24 / 31 | 36 / 42 |
| 3. 3501-4000g | 162 / 29 | 74 / 27 | 80 / 33 | 23 / 32 | 19 / 28 | 28 / 30 | 4 / 9 | 25 / 31 | 28 / 36 | 27 / 31 |
| 4. 4001-4500g | 50 / 9 | 19 / 7 | 24 / 10 | 4 / 5 | 2 / 3 | 6 / 7 | 7 / 15 | 11 / 14 | 7 / 9 | 6 / 7 |
| 5. 4501-5000g | 4 / 1 | 4 / 1 | -- | 1 / 1 | -- | 2 / 2 | 1 / 2 | -- | -- | -- |
| Mitä perheen kanssa sovittiin jatkohoidosta ja seurannasta | | | | | | | | | | |
| 1. Normaalii neuvolaseuranta | 478 / 77 | 234 / 77 | 213 / 79 | 69 / 86 | 51 / 69 | 82 / 80 | 32 / 68 | 73 / 84 | 64 / 72 | 76 / 80 |
| 2. Käynti lapsivuodeosastolla/vain hoitajan vastaanotto | 31 / 5 | 22 / 7 | 8 / 3 | 2 / 3 | 9 / 12 | 5 / 5 | 6 / 13 | 2 / 2 | 3 / 3 | 3 / 3 |
| 3. Käynti lapsivuodeosastolla/lastenlääkärin vastaanotto | 42 / 7 | 12 / 4 | 27 / 10 | 2 / 3 | 3 / 4 | 3 / 3 | 4 / 9 | 6 / 7 | 12 / 13 | 9 / 9 |
| 4. Kätilön/lastenhoitajan soitto kotiin lapsivuodeosastolta | 1 / 0 | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| 5. Käynti Lasten- ja nuortensairaalassa | 12 / 2 | 5 / 2 | 7 / 3 | 1 / 1 | 1 / 1 | 3 / 3 | -- | -- | 3 / 3 | 4 / 4 |
| 6. Käynti lastenpoliklinikalla | 24 / 4 | 19 / 6 | 2 / 1 | 1 / 1 | 7 / 9 | 6 / 6 | 5 / 11 | -- | 2 / 2 | -- |
| 7. Muuta | 29 / 5 | 11 / 4 | 14 / 5 | 5 / 6 | 3 / 4 | 3 / 3 | -- | 6 / 7 | 5 / 6 | 3 / 3 |

COPYRIGHT Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -kartoituksen projektiryhmä 18.1.2007.

Sairaala- ja osastotiedot
 Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -aineisto

| | n | % |
|--|-----|----|
| Synnytyssairaala | | |
| 3. KOS | 314 | 51 |
| 4. NKL | 299 | 49 |
| Osastot | | |
| 6. 3 | 77 | 14 |
| 7. 5 | 73 | 13 |
| 8. 6 | 99 | 17 |
| 9. 15 | 50 | 9 |
| 10.51 | 84 | 15 |
| 11.52 | 93 | 16 |
| 12.61 | 94 | 16 |
| Kätilöopiston sairaalan jakaumat osastoittain | | |
| 1. 3 | 77 | 26 |
| 2. 5 | 73 | 24 |
| 3. 6 | 99 | 33 |
| 4. 15 | 50 | 17 |
| Naistenklinikan jakaumat osastoittain | | |
| 8. 51 | 84 | 31 |
| 9. 52 | 93 | 34 |
| 10.61 | 94 | 35 |

COPYRIGHT Synnyttäneen perheen kotona selviytyminen -kartoituksen projektiryhmä 18.1.2007.